

TITOLO	NOME PROCEDURA/MODULO	CODICE	REVISIONE	PAG
DOCUMENTI RADIOLOGIA	INFORMATIVA E CONSENSO RMN SU PAZIENTE MINORE	MRA- 70-08-03	A.00 del	1

Data emissione	Responsabile redazione	Responsabile convalida	Responsabile Approvazione
10/01/2024	Dott.ssa Maura Curello	DR. Neri Capaccioli Dott.ssa M. Curello	DIREZIONE SANITARIA

SINTESI INFORMATIVA RISONANZA MAGNETICA SENZA MEZZO DI CONTRASTO

La Risonanza Magnetica (RM) è una tecnica diagnostica **che non utilizza radiazioni ionizzanti o sostanze radioattive**. La diagnostica mediante RM utilizza campi statici di induzione magnetica e onde elettromagnetiche a radiofrequenza (RF), simili alle onde radiotelevisive.

La Risonanza Magnetica di base si configura come un esame diagnostico non invasivo e in base alle conoscenze attuali, non comporta effetti biologici rilevanti su pazienti privi di controindicazioni e viene svolto in accordo alle norme e agli standard di sicurezza.

Tuttavia è prudente non effettuare l'esame RM in pazienti di sesso femminile durante il primo trimestre di gravidanza.

Viene utilizzata per la diagnosi di condizioni patologiche a carico dell'encefalo e della colonna vertebrale, dell'addome, pelvi, dei grossi vasi e del sistema muscolo-scheletrico (articolazioni, osso, tessuti molli).

L'esame non è doloroso né fastidioso.

Modalità esecuzione: il paziente viene sdraiato su un lettino e in relazione al tipo di organo da studiare sono posizionate all'esterno del corpo le cosiddette "bobine" (fasce, casco, piastre, ecc) sagomate in modo da adattarsi alla regione anatomica da studiare, queste non provocano dolore o fastidio essendo appoggiate all'esterno del corpo.

Durante l'esame sono udibili dei rumori ritmici di intensità variabile provocati dal normale funzionamento dell'apparecchio.

COSA PUO' SUCCEDERE- EVENTUALI COMPLICANZE

Raramente possono insorgere disturbi lievi come sensazione di claustrofobia, calore, prurito, affanno, palpitazioni o sensazione di malessere. In questi casi sarà possibile avvertire gli operatori utilizzando un apposito dispositivo di segnalazione che avrà a portata di mano durante tutto l'esame.

PREPARAZIONE NECESSARIA -RACCOMANDAZIONI

I pazienti, prima di essere sottoposti all'esame RM, devono collaborare con il Medico Radiologo al fine di una corretta compilazione di un apposito "questionario anamnestico" (di seguito riportato) utile ad escludere ogni possibile controindicazione all'esame stesso.

TITOLO	NOME PROCEDURA/MODULO	CODICE	REVISIONE	PAG
DOCUMENTI RADIOLOGIA	INFORMATIVA E CONSENSO RMN SU PAZIENTE MINORE	MRA- 70-08-03	A.00 del	2

Si raccomanda di:

- togliere indumenti con parti metalliche ed ogni oggetto metallico, ferromagnetico o di supporto magnetico (telefoni cellulari, monete, orologi, chiavi, orecchini, spille, gioielli, fermagli per capelli, tessere magnetiche, carte di credito, etc),
- togliere eventuali protesi dentarie e apparecchi per l'udito,
- togliere lenti a contatto o occhiali,
- spogliarsi ed indossare l'apposito camice monouso fornito dal personale di servizio,
- utilizzare la cuffia o gli appositi tappi auricolari forniti dal personale di servizio.

Si raccomanda di evitare di truccare il viso e di utilizzare la lacca per capelli poiché possono creare artefatti che riducono la qualità delle immagini.

Durante tutto l'esame è necessario mantenere il massimo grado di immobilità, respirando regolarmente.

Non è necessario interrompere eventuali terapie farmacologiche in corso (ad es. per l'ipertensione o il diabete).

QUESTIONARIO ANAMNESTICO PRELIMINARE PER L'ESECUZIONE DI RMN

Il "questionario anamnestico" ha lo scopo di accertare l'assenza di controindicazioni all'esame di risonanza magnetica e deve essere attentamente compilato e firmato in calce dal Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame che, per le sue valutazioni, si avvale anche delle risposte fornite dal paziente/genitore o tutore legale (ad esempio in caso di interdetto o minore)

- ☐ Ha eseguito in precedenza esami RM? SI NO
- ☐ Soffre di claustrofobia? SI NO
- ☐ Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere? SI NO
- ☐ Ha mai subito incidenti stradali, incidenti di caccia? SI NO
- ☐ E' stato vittima di traumi da esplosioni? SI NO
- ☐ E' affetto da anemia falciforme? SI NO
- ☐ E' in stato di gravidanza certa o presunta? SI NO
- ☐ Ha mai avuto reazioni allergiche dopo mezzo di contrasto? SI NO
- ☐ Ha subito interventi chirurgici su: SI NO
- Testa.....Addome.....
- Collo.....
- EstremitàTorace.....Occhi.....
- Altro.....

TITOLO	NOME PROCEDURA/MODULO	CODICE	REVISIONE	PAG
DOCUMENTI RADIOLOGIA	INFORMATIVA E CONSENSO RMN SU PAZIENTE MINORE	MRA- 70-08-03	A.00 del	3

- ☐ E' a conoscenza di avere uno o più dispositivi medici o corpi metallici all'interno del corpo?
SI NO
- ☐ E' portatore di:
 - Pace-Maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci? SI NO
 - Schegge o frammenti metallici ? SI NO
 - Clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello ? SI NO
 - Valvole cardiache ? SI NO
 - Stents ? SI NO
 - Defibrillatori impiantati ? SI NO
 - Distrattori della colonna vertebrale ? SI NO
 - Pompa di infusione per insulina o altri farmaci ? SI NO
 - Corpi metallici nelle orecchie o impianti per udito ? SI NO
 - Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali ? SI NO
 - Altri tipi di stimolatori? SI NO
 - Dispositivo intrauterino (IUD)? SI NO
 - Derivazione spinale o ventricolare? SI NO
 - Protesi dentarie fisse o mobili? SI NO
 - Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, etc.), viti, chiodi, filo, etc.? SI NO
- ☐ Altre protesi? SI NO
Localizzazione
- ☐ Ritiene di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe NON esserne a conoscenza? SI NO
- ☐ È portatore di protesi del cristallino? SI NO
- ☐ È portatore di piercing? SI NO
Localizzazione
- ☐ Presenta tatuaggi? SI NO
Localizzazione.....
- ☐ Sta utilizzando cerotti medicali? SI NO

Per effettuare l'esame RM occorre togliere:

eventuali lenti a contatto - apparecchi per l'udito - dentiera - corone temporanee mobili - cinta erniaria – fermagli per capelli - mollette - occhiali - gioielli - orologi - carte di credito o altre schede magnetiche - coltelli tascabili -ferma soldi - monete - chiavi - ganci - automatici - bottoni metallici - spille - vestiti con lampo – pinzette metalliche - punti metallici - limette - forbici - altri eventuali oggetti metallici.

Prima di sottoporsi all'esame si prega di asportare cosmetici dal viso.

TITOLO	NOME PROCEDURA/MODULO	CODICE	REVISIONE	PAG
DOCUMENTI RADIOLOGIA	INFORMATIVA E CONSENSO RMN SU PAZIENTE MINORE	MRA- 70-08-03	A.00 del	4

IL MEDICO RESPONSABILE DELL'ESAME RM

Preso atto delle risposte fornite dal paziente ed espletata l'eventuale visita medica e/o ulteriori indagini diagnostiche preliminari

AUTORIZZA L'ESECUZIONE DELL'INDAGINE RM

Firma del Medico

Responsabile dell'esecuzione dell'esame RM _____

Data esame _____

ESPRESSIONE ED ACQUISIZIONE CONSENSO PER L'ESECUZIONE DELL'ESAME DI RISONANZA MAGNETICA DEI GENITORI/TUTORE CHE ACCOMPAGNA IL MINORE

IN QUALITÀ DI

☐ **PADRE**, lo sottoscritto nato il/...../.....
a.....residente a in via.....C.F.....

☐ **MADRE**, lo sottoscritta nata il/...../.....
a.....residente a in via.....C.F.....

☐ **TUTORE**, lo sottoscritta/o nata/o il/...../.....
a.....residente a in via.....C.F.....

DEL MINORE

NOME.....COGNOME.....
nato/a il/...../..... aC.F.....

N.B: In caso di delega all'accompagnamento sarà necessario esibire, oltre alla delega, anche il presente consenso sottoscritto dai genitori, nonché i rispettivi documenti di identità del delegato e delegante.

DICHIARO

☐ di essere stato informato/a in maniera chiara, completa e comprensibile dal Dott. in merito alla prestazione sanitaria di RISONANZA MAGNETICA.

TITOLO	NOME PROCEDURA/MODULO	CODICE	REVISIONE	PAG
DOCUMENTI RADIOLOGIA	INFORMATIVA E CONSENSO RMN SU PAZIENTE MINORE	MRA- 70-08-03	A.00 del	5

- ☐ di aver letto e compreso quanto illustrato nell'informativa, che mi è stata consegnata, in cui sono riportati la tipologia della prestazione, i vantaggi attesi, gli eventuali effetti collaterali e/o i rischi possibili, le possibili alternative, le possibili conseguenze in caso la prestazione venisse rifiutata;
- ☐ di aver potuto richiedere al medico chiarimenti e che tali chiarimenti mi sono stati forniti;
- ☐ di essere stato informato/a che in caso di inderogabili urgenze cliniche potranno rendersi necessari interventi addizionali o alternativi, già peraltro discussi nel corso del colloquio;
- ☐ di essere stato informato/a di poter revocare la scelta effettuata in qualsiasi momento precedente la prestazione;
- ☐ di essere stato informato dell'obbligo di presenza di entrambi i genitori al fine dell'esecuzione sul minore dell'esame di risonanza magnetica, pena l'impossibilità all'esecuzione del medesimo;
- ☐ inoltre di aver preso visione dell'informativa consegnatami sul trattamento dei dati personali e sensibili ex art. 13 Reg. UE 679/2016 (D. lgs. 101/2018- Decreto privacy). Tutte le informazioni raccolte contenenti dati personali e sensibili sono tutelate nel rispetto della normativa vigente in materia di privacy e riservatezza (Reg UE 679/2016)

PERTANTO

☐ **ACCONSENTO** alla/e procedura/e sopra indicate

FIRMA DEL **PADRE**

FIRMA DELLA **MADRE**

FIRMA DEL **MINORE CONSAPEVOLE**
(=>14 anni)

FIRMA DEL **TUTORE**.....

☐ **NON ACCONSENTO** alla/e procedura/e sopra indicate

FIRMA DEL **PADRE**

FIRMA DELLA **MADRE**

FIRMA DEL **MINORE CONSAPEVOLE**
(=>14 anni)

FIRMA DEL **TUTORE**.....

San Francesco- Pelago (Fi), lì _____