

| | | |
|---|--|--|
|  <p>Sistema Socio Sanitario Ospedale Maggiore Regione Lombardia ASST Crema</p> | <p>INFORMATIVA da allegare al Modulo di Consenso Informato per esecuzione di RISONANZA MAGNETICA</p> | <p>Cod.: NI.16 Rev: 0</p> |
| <p>Largo Ugo Dossena 2, 26013 Crema</p> | | <p>Data: 14/04/2025 Pag 1 di 4</p> |

Gentile Signora/e _____, come le è stato detto dal medico di reparto Dott. _____, per proseguire nel percorso di diagnosi/cura della sua malattia _____ è indicato eseguire una Risonanza Magnetica.

Le diamo alcune informazioni che l'aiuteranno a prendere una decisione consapevole.

Che cos'è?

La risonanza magnetica è un esame per lo studio di parti del corpo umano. Non utilizza raggi X, né sostanze radioattive, ma campi magnetici di alta intensità (grosse calamite) e onde a radiofrequenza (simili alle onde radio televisive) ed è assolutamente innocua e non dolorosa.



A cosa serve?

La risonanza magnetica serve alla diagnosi di numerose malattie del sistema nervoso, degli organi interni, delle articolazioni e della colonna vertebrale.

Come si svolge?

- Il paziente viene disteso su un lettino.

| | | |
|---|--|--|
|   <p>Sistema Socio Sanitario Ospedale Maggiore Regione Lombardia ASST Crema</p> | <p>INFORMATIVA da allegare al Modulo di Consenso Informato per esecuzione di RISONANZA MAGNETICA</p> | <p>Cod.: NI.16 Rev: 0</p> |
| <p>Largo Ugo Dossena 2, 26013 Crema</p> | | <p>Data: 14/04/2025 Pag 2 di 4</p> |

- Attorno alla parte del corpo da esaminare viene messa una bobina (fasce, caschetto, piastre), in pratica un'antenna che riceve/trasmette le radiofrequenze. Posizionare le bobine non provoca dolore o fastidio al paziente.
- Il paziente viene poi messo in un largo cilindro, all'interno del quale è presente il campo magnetico. Questa posizione, soprattutto per i pazienti che soffrono di claustrofobia (paura dei luoghi chiusi), può provocare disagio. Ricordate però che il cilindro è aperto alle estremità e che non sarete mai lasciati soli durante tutto l'esame, infatti il personale vi osserva attraverso un vetro e può comunicare con voi con dei microfoni.

Non dovrete parlare durante l'esame a meno che non sia necessario, oppure vi venga richiesto, poiché parlando si creano movimenti che potrebbero compromettere l'esame stesso; per questo vi viene consegnato un campanello per chiamare l'operatore, se ne avrete la necessità.

- Una volta sdraiato il paziente sul lettino e connesso alla macchina, l'operatore esce e chiude la porta. La chiusura serve a isolare la sala dal rumore elettromagnetico esterno, causato da sorgenti di radio frequenze esterne alla macchina (es. telefoni cellulari, apparecchi elettronici, ecc.) che possono peggiorare l'intensità del segnale rilevato dalla macchina e diminuire la qualità dell'esame.
- L'esame, può durare dai 20 ai 45 minuti, talvolta più a lungo. Durante l'esame si sente un rumore ritmico, è il normale funzionamento dell'apparecchio. Il volume di tale rumore può risultare alto e fastidioso per questo possono essere date al paziente le cuffie per le orecchie
- In base alle esigenze di diagnosi è spesso necessario utilizzare il mezzo di contrasto, cioè una sostanza che rende più evidenti alcune parti del corpo ai campi magnetici. La quantità di mezzo di contrasto necessaria è relativamente modesta, di solito non superiore al contenuto di una siringa (vedi nota informativa specifica)
- Per ottenere immagini di buona qualità è indispensabile che rimaniate immobili e tranquilli con una respirazione serena e rilassata

Quali sono le possibili complicanze?

Tutti gli studi svolti finora indicano che la risonanza magnetica non ha effetti nocivi sul corpo umano.

| | | |
|---|--|--------------------------------|
|   <p>Sistema Socio Sanitario Ospedale Maggiore Regione Lombardia ASST Crema</p> | INFORMATIVA da allegare al Modulo di Consenso Informato per esecuzione di RISONANZA MAGNETICA | Cod.: NI.16 Rev: 0 |
| Largo Ugo Dossena 2, 26013 Crema | | Data: 14/04/2025 Pag 3 di 4 |

Quali sono i possibili disturbi durante e/o dopo il trattamento?

L'esame **non provoca dolore** tuttavia è possibile che si verifichi:

- Il riscaldamento di alcune parti del corpo, soprattutto nella zona dove c'è la bobina a radiofrequenza e/o i cavi di connessione della bobina alla macchina. Il fenomeno è normale, tuttavia, se il paziente avverte un riscaldamento eccessivo, in qualunque zona del corpo, deve subito informare l'operatore suonando il campanello
- La contrazione involontaria o la sensazione di pulsazione in alcuni muscoli a livello di cosce, fianco, schiena, braccia, petto, coste, dita, naso, tempia, sommità del capo. Tali effetti sono causati dal fatto che il campo magnetico variabile, generato dalla macchina durante l'esame, può stimolare le cellule nervose del paziente e quindi provocare contrazioni muscolari. Queste sono reazioni normali e si risolvono spontaneamente.
- L'uso del mezzo di contrasto può in casi molto rari produrre effetti collaterali (vedi nota informativa specifica)

Punti di attenzione

Nei seguenti casi l'esame è pericoloso e non può essere fatto:

- Se si ha un pace-maker cardiaco
- Se si ha un defibrillatore
- Se si hanno clips metalliche, punti di sutura metallici o dispositivi metallici introdotti per interventi chirurgici alla testa, al midollo, alla spina dorsale, al cuore, alle arterie o alle vene, salvo il caso di materiali sicuramente non magnetici.

Le verranno effettuate alcune domande che hanno lo scopo di prevenire eventuali danni causati dall'esposizione al campo magnetico e per questo è importante rispondere correttamente al **questionario** che le verrà sottoposto.

E' inoltre molto importante che segua attentamente le indicazioni contenute nel **modulo di preparazione all'esame**.

Prima dell'esame è bene **togliere gli oggetti di metallo**, orologio, schede magnetiche, trucco al viso, lenti a contatto.

Problemi di recupero?

Finito l'esame il paziente potrà tornare a casa senza problemi.

| | | |
|---|--|--------------------------------|
|  <p>Sistema Socio Sanitario Ospedale Maggiore Regione Lombardia ASST Crema</p> | INFORMATIVA da allegare al Modulo di Consenso Informato per esecuzione di RISONANZA MAGNETICA | Cod.: NI.16 Rev: 0 |
| Largo Ugo Dossena 2, 26013 Crema | | Data: 14/04/2025 Pag 4 di 4 |

Vi sono alternative al trattamento?

E' possibile fare altri tipi di esami diagnostici (ecografia, TAC), ma la risonanza magnetica è l'esame più completo per alcuni tipi di malattie.

Possibili esiti del non trattamento

In caso lei non voglia sottoporsi all'esame di risonanza magnetica la informiamo che la valutazione della sua malattia sarà più difficoltosa. Il suo medico potrà in alternativa prescrivere altri esami.

Se le informazioni che ha ricevuto non le sembrano chiare o se ha bisogno di altre informazioni, chieda un ulteriore colloquio di approfondimento con il medico. Può essere utile fare una lista di domande che si desidera porre ai medici e, se crede, farsi accompagnare da un familiare (o da altra persona di sua fiducia) al colloquio.

E' un suo diritto chiedere spiegazioni, perché è importante che abbia la consapevolezza di come il trattamento sarà effettuato e di quali conseguenze avrà per Lei.

Se pensa di non essere in grado di decidere subito, potrà sempre chiedere che le sia lasciato altro tempo per riflettere.

Esprima il suo consenso informato all'esecuzione dell'esame in piena coscienza e libertà, sapendo che Lei ha la possibilità di revocare il consenso dato in qualsiasi momento.

In caso di rifiuto sarà comunque assicurata la continuità dell'assistenza personale e delle cure individuate dal medico tra quelle disponibili nella nostra Azienda o presso altre strutture.

Data: ____/____/____

Firma del Paziente (o del rappresentante legale)
per presa visione

| | | |
|---|---|--------------------------------|
|   | QUESTIONARIO PRELIMINARE ALL'ESAME RISONANZA MAGNETICA | Cod.: Mod.12 Rev: 0 |
| Largo Ugo Dossena, 2 – 26013 Crema | | Data: 26-11-2024 Pag 1 di 3 |

Il questionario anamnestico ha lo scopo di accertare l'assenza di controindicazioni all'esame RM o la non pertinenza di specifici approfondimenti preventivi. Tale questionario deve essere attentamente compilato dall'equipe RM e firmato dal Medico Responsabile della Prestazione Diagnostica, il quale, in relazione alle risposte fornite dal paziente, può concludere che non sussistano controindicazioni all'esame RM. La controfirma del paziente a piè della medesima pagina, in calce alla formula del consenso, garantisce – fra le altre, anche la sua piena consapevolezza delle gravi conseguenze che possono rivestire risposte falsi o mendaci ai quesiti sottoposti.

Questionario somministrato da:

Nome..... Cognome..... Qualifica.....

Dati del paziente:

Cognome Nome

Data e luogo di nascita Peso (Kg)

Residenza Recapito Tel.

Indagine richiesta

Reparto/Medico richiedente l'esame RM

| | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| Ha eseguito in precedenza esami RM? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Ha avuto reazioni allergiche dopo somministrazione del mezzo di contrasto? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Soffre di claustrofobia? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Ha mai subito incidenti stradali, incidenti di caccia? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| È stato vittima di traumi da esplosioni? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Stato di gravidanza certa o presunta? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Ultime mestruazioni avvenute il | | |
| Ha subito interventi chirurgici su: <input type="checkbox"/> testa <input type="checkbox"/> collo <input type="checkbox"/> addome <input type="checkbox"/> estremità <input type="checkbox"/> torace <input type="checkbox"/> altro: | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| È a conoscenza di avere uno o più dispositivi medici o corpi metallici all'interno del corpo? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| È portatore di: | | |
| -pace-maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| -schegge o frammenti metallici? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| -clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| -valvole cardiache? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| -stent ? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

| | | |
|---|---|--------------------------------|
|   <p>Sistema Socio Sanitario Ospedale Maggiore Regione Lombardia ASST Crema</p> | QUESTIONARIO PRELIMINARE ALL'ESAME RISONANZA MAGNETICA | Cod.: Mod.12 Rev: 0 |
| Largo Ugo Dossena, 2 – 26013 Crema | | Data: 26-11-2024 Pag 2 di 3 |

| | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| -defibrillatori impiantati ? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| -distrattori della colonna vertebrale? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| -pompa di infusione per insulina o altri farmaci? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| -corpi metallici nelle orecchie o impianti per udito? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| -neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| -atri tipi di stimolatori? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| -corpi intrauterini? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| -derivazione spinale o ventricolare? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| -protesi dentarie fisse o mobili? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| -protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, ecc.), viti, chiodi, filo, ecc.? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| -altre protesi ? in quali parti del corpo? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Ritiene di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe NON esserne a conoscenza? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Informazioni supplementari | | |
| È affetto da anemia falciforme? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| È portatore di protesi del cristallino? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| È portatore di piercing? Localizzazione | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Ha tatuaggi? Su quale parte del corpo?..... | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Sta utilizzando cerotti medicali ? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

Per effettuare l'esame RM occorre rimuovere eventuali:

- | | | |
|--|-----------------------|---|
| - apparecchi per l'udito | - automatici | - bottoni metallici |
| - carte di credito o altre schede magnetiche | - calze di nylon | - chiavi |
| - cinta erniaria | - coltelli tascabili | - corone temporanee mobili |
| - dentiera | - ferma soldi | - fermagli per capelli |
| - forbici | - ganci | - anelli, bracciali, collane, orecchini |
| - indumenti in acrilico | - lenti a contatto | - piercing |
| - mollette | - monete | - limette |
| - orologi | - pinzette metalliche | - occhiali |
| - spille | - vestiti con lampo | - punti metallici |
| | | - altri eventuali oggetti metallici |

| | | |
|---|---|--------------------------------|
|   | QUESTIONARIO PRELIMINARE ALL'ESAME RISONANZA MAGNETICA | Cod.: Mod.12 Rev: 0 |
| Largo Ugo Dossena, 2 – 26013 Crema | | Data: 26-11-2024 Pag 3 di 3 |

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

Il Medico Responsabile dell'esecuzione 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 e timbro del Medico

Data

.....

.....

CONSENSO INFORMATO ALL'ESAME RM

Il paziente ritiene di essere stato sufficientemente informato sui rischi e sulle controindicazioni legate all'esposizione ai campi elettromagnetici generati dall'apparecchiatura RM. Pertanto, consapevole dell'importanza delle risposte fornite, acconsente l'esecuzione dell'esame.

Firma del paziente

Data

(o suo tutore o dei/dei genitori o di colui che esercita la potestà genitoriale)*

.....

.....

Avendo compreso quanto spiegato, decido liberamente e consapevolmente di
NON ACCONSENIRE
ad essere sottoposto a prestazione sopradescritta, consapevole delle conseguenze derivanti da tale decisione.

Firma del paziente

Firma del Medico

data

(o suo tutore o dei/dei genitori o di colui che esercita la potestà genitoriale)*

CONSENSO INFORMATO ALLA SOMMINISTRAZIONE DI MEZZO DI CONTRASTO

Il paziente si ritiene sufficientemente informato sui rischi legati alla somministrazione del mezzo di contrasto. Pertanto, reso edotto dal Medico Responsabile della prestazione diagnostica della valutazione dei benefici diagnostici e dei rischi correlati, ne acconsente la somministrazione.

Firma del paziente

Data

(o suo tutore o dei/dei genitori o di colui che esercita la potestà genitoriale)*

.....

.....

Valore CREATININEMIA

del _____

* Nel caso di paziente interdetto la firma deve essere apposta dal tutore; nel caso di paziente inabilitato la firma deve essere del soggetto inabilitato la cui volontà prevale su quella del curatore.

Esprime la volontà in oggetto anche per l'altro genitore (a meno di esplicito dissenso di uno dei genitori, nel qual caso dovrà essere coinvolto il Giudice Tutelare). Nelle ipotesi di affidamento esclusivo l'esercizio della patria potestà spetta alla persona e/o genitore al quale il figlio è affidato.