

 Casa di Cura Villa Pini d'Abruzzo	<b>CASA DI CURA VILLA PINI D'ABRUZZO</b>	<b>M-DI-05</b>
	<b>SERVIZIO DI RADIOLOGIA</b>	Rev. n. 0
	<b>INFORMATIVA E DICHIARAZIONE DI CONSENSO PER RISONANZA MAGNETICA (RM) APERTA O-SCAN</b>	Ultima Rev.: 29/03/2021

Gentile Utente,

le seguenti informazioni vogliono renderLa consapevole del tipo di procedura a cui verrà sottoposta/o Lei o il Suo familiare. La preghiamo pertanto di leggerle attentamente.

Potrà comunque chiedere ulteriori chiarimenti al Suo Medico curante o al Medico Radiologo, prima dell'esecuzione dell'indagine.

### **CHE COSA È LA RISONANZA MAGNETICA (RM) APERTA O-SCAN**

La **Risonanza Magnetica aperta O-Scan** è un esame diagnostico per immagini in grado di fornire informazioni dettagliate su piccole e grandi articolazioni del corpo umano, che utilizza campi magnetici e onde elettromagnetiche a radiofrequenza (RF) non nocive. Pur essendo a basso campo magnetico (0,31 Tesla), fornisce tutte le informazioni utili per una diagnosi sicura e precisa, esattamente come un sistema total body a campo magnetico più elevato.

La Risonanza Magnetica aperta O-Scan è concepita per l'*imaging* di porzioni degli arti superiori ed inferiori, inclusi:

- mano
- polso
- gomito
- piede
- caviglia
- ginocchio

ed è impiegata in caso di patologie di natura traumatica, infiammatoria – infettiva e degenerativa a carico di:

- articolazioni
- muscoli
- tendini
- tessuti molli
- cartilagini

La Risonanza Magnetica aperta O-Scan evita ogni problema di claustrofobia. La struttura della macchina consente inoltre di introdurre solo l'arto interessato (braccio, gamba, ecc.), rendendo semplice l'esame anche a pazienti anziani, portatori di handicap e disabilità, bambini.

### **COME SI EFFETTUA L'ESAME**

Il Paziente viene disteso sul lettino dell'apparecchio RM. Attorno alla parte del corpo da esaminare viene posta una bobina, in pratica un'antenna che riceve e/o emette le radiofrequenze.

La durata media dell'esame è di circa 35-70 minuti, essa può variare in relazione a esigenze cliniche e di numero di distretti anatomici da esaminare.

Il personale, che sorveglia il Paziente durante tutto l'esame (sia attraverso il vetro della consolle che tramite telecamera), può comunicare con lo stesso mediante sistema interfonico.

E' richiesta la massima collaborazione del Paziente che deve rimanere in silenzio ed immobile per evitare anche minimi movimenti che potrebbero compromettere l'esito dell'esame.

### **RISCHI E CONTROINDICAZIONI**

L'esame **non può essere eseguito** se si è portatori di pace-maker cardiaco, clip metalliche, punti di sutura metallici o dispositivi metallici introdotti per interventi chirurgici, salvo il caso in cui fossero stati utilizzati materiali amagnetici (es. titanio). Nel dubbio verrà richiesta documentazione scritta che attesti la tipologia di materiale utilizzato per l'intervento.

**L'esame potrebbe comportare eventuali rischi** per:

- I tornitori, saldatori, carrozzieri, addetti alla lavorazione di vernici metallizzate.
- Le donne in età fertile che non possano escludere con certezza uno stato di gravidanza o che si trovino nel primo trimestre: sebbene non esistano evidenze in grado di provare una sensibilità dell'embrione ai campi statici di induzione magnetica e alle onde elettromagnetiche RF utilizzati per indagini diagnostiche mediante RM, è prudente non effettuare l'esame RM durante il primo trimestre di gravidanza.
- Le donne portatrici di spirale;
- I soggetti con eventuali dispositivi intracavitari.

Nei suddetti casi si raccomanda di avvertire sempre il Medico Radiologo esaminatore.

### **EFFETTI COLLATERALI**

L'esame **non** provoca dolore, tuttavia si possono presentare i seguenti effetti:

- Il riscaldamento di alcune parti del corpo, soprattutto nella zona intorno a cui è posizionata la bobina a radiofrequenza e/o i cavi di connessione della bobina alla macchina. Tale riscaldamento può essere diffuso lungo tutta la zona coperta da bobina e/o cavi, ma anche localizzato in particolari punti. Il fenomeno è normale, tuttavia, nel caso di riscaldamento eccessivo in qualunque zona del corpo, informare l'Operatore.

## **PREPARAZIONE NECESSARIA- RACCOMANDAZIONI**

**Prima dell'esame** occorre:

- Rimuovere:
  - Lenti a contatto o occhiali, apparecchi per l'udito, cintura, busti, parrucche, fermagli per capelli, mollette, orologi, carte di credito e ogni scheda magnetica, monete, chiavi e ogni oggetto metallico in genere;
  - Indumenti dotati di ganci, automatici, bottoni metallici, cerniere lampo, ferretti, punti metallici (come quelli applicati in tintoria);
- Relativamente all'emergenza Covid-19, indossare mascherina priva di stringinaso metallico.
- Segnalare la presenza di tatuaggi sulla pelle (potrebbero provocare irritazioni).
- Portare in visione la documentazione sanitaria precedente di interesse all'esame da effettuare.

## QUESTIONARIO PRELIMINARE ALL'ESECUZIONE RM APERTA O-SCAN

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_  
 Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Peso in Kg \_\_\_\_\_ Età \_\_\_\_\_  
 Recapito Tel. \_\_\_\_\_  Ricoverato (reparto: \_\_\_\_\_ )  Non ricoverato

		SI	NO
è portatore di:	pacemaker cardiaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	altri tipi di cateteri cardiaci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	protesi cardiovascolari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	valvole cardiache Se sì del tipo:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	pompe per infusione di farmaci Se sì del tipo:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	protesi auricolari o oculari Se sì del tipo:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	protesi ortopediche Se sì del tipo:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	altre protesi o corpi metallici (punti, chiodi, fili, ecc.). Se sì del tipo:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
schegge o corpi metallici dovuti a traumi, colpi di arma da fuoco, esplosioni. Se sì del tipo:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
è stato sottoposto a interventi chirurgici su: <input type="checkbox"/> testa _____ <input type="checkbox"/> addome _____ <input type="checkbox"/> collo _____ <input type="checkbox"/> estremità _____ <input type="checkbox"/> torace _____ <input type="checkbox"/> altro _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
è in stato di gravidanza (data dell'ultima mestruazione _____)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
è stato vittima di traumi stradali/incidenti. Note:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
è stato vittima di incidenti di caccia o di esplosioni. Note:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lavora o ha lavorato come fabbro, tornitore, saldatore, carrozziere, addetto alla lavorazione di vernici metallizzate. Note:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### ANAMNESI

.....  
 .....  
 .....  
 .....

**IL MEDICO RESPONSABILE DELL'ESAME RM APERTA O-SCAN**, preso atto delle risposte fornite dal Paziente ed espletata l'eventuale visita medica ne autorizza l'esecuzione e firma in calce alla dichiarazione di consenso

<input type="checkbox"/> <b>NON NE AUTORIZZA L'ESECUZIONE PER</b> .....	
Data _____	Firma del Medico _____

## DICHIARAZIONE DI CONSENSO

### DATI IDENTIFICATIVI DEL PAZIENTE:

Io sottoscritto/a Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) Data di nascita \_\_\_\_\_

### DATI IDENTIFICATIVI DI EVENTUALI ALTRI TITOLARI CONSENSO:

Io sottoscritto/a Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) Data di nascita \_\_\_\_\_

Documento identificativo \_\_\_\_\_

In qualità di:  GENITORE (se Paziente minorenne)  TUTORE  AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO  
 ALTRO \_\_\_\_\_

### Dichiaro di:

- aver letto e compreso l'informativa;
- di essere stato/a informato/a in modo completo ed esauriente sulle indicazioni cliniche dell'esame, sue finalità, modalità di esecuzione, alternative;
- di aver ricevuto risposte approfondite e comprensibili ai chiarimenti da me richiesti.

E pertanto

- ACCONSENTO** all'esecuzione dell'esame RM APERTA O-SCAN  
 **NON ACCONSENTO** all'esecuzione dell'esame RM APERTA O-SCAN

Data \_\_\_\_\_

Firma del Paziente o del Titolare del consenso \_\_\_\_\_

Firma del Medico \_\_\_\_\_

*In qualsiasi momento prima dell'esecuzione dell'atto sanitario è possibile revocare il proprio consenso*

### REVOCA DEL CONSENSO

Io sottoscritto/a

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

**REVOCO** il consenso all'atto sanitario su indicato.

Data \_\_\_\_\_ Firma del Paziente \_\_\_\_\_

Firma del Medico \_\_\_\_\_

\*\* Il QUESTIONARIO PRELIMINARE ed il CONSENSO INFORMATO del Paziente devono necessariamente essere stampati fronte / retro.