

 Casa di Cura Villa Pini d'Abruzzo	CASA DI CURA VILLA PINI D'ABRUZZO	M-DI-02
	SERVIZIO DI RADIOLOGIA	Rev. n. 12
	INFORMATIVA E DICHIARAZIONE DI CONSENSO PER RISONANZA MAGNETICA	Ultima Rev.:16/02/2026

Gentile Utente,

il presente documento ha lo scopo di fornirLe informazioni complete, chiare e comprensibili in merito all'esame di **Risonanza Magnetica (RM)** al quale Lei o il Suo familiare verrà sottoposto/a. La presente informativa costituisce **parte integrante del consenso informato**, che dovrà essere sottoscritto **prima dell'esecuzione dell'esame**, Potrà comunque chiedere ulteriori chiarimenti al Suo Medico curante o al Medico Radiologo, prima dell'esecuzione dell'indagine

La sottoscrizione del consenso attesta:

- l'avvenuta lettura e comprensione delle informazioni fornite;
- l'accettazione consapevole dell'esame proposto;
- la possibilità di revocare il consenso in qualsiasi momento prima dell'esecuzione dell'atto sanitario.

CHE COSA È LA RISONANZA MAGNETICA (RM)

La Risonanza Magnetica (RM) è una metodica diagnostica che utilizza campi magnetici e onde elettromagnetiche a radiofrequenza (RF) per ottenere immagini dettagliate dei distretti anatomici da esaminare. La RM non usa radiazioni ionizzanti (raggi-X). Sebbene i forti campi magnetici non siano di per se pericolosi, i dispositivi medici contenenti metallo possono danneggiarsi. Inoltre la presenza di impianti o altri oggetti metallici di cui lei può essere portatore (come per esempio schegge e punti di sutura metallici), spesso rende difficile ottenere immagini precise. L'attenta compilazione del questionario che ha ricevuto garantisce la prevenzione di tali possibili evenienze.

MODALITÀ DI ESECUZIONE DELL'ESAME

L'apparecchiatura RM da noi impiegata è costituita da un grande tubo cilindrico circondato da un magnete circolare. Lei verrà disteso su un lettino mobile che la trasporterà al centro del magnete. Il personale metterà attorno alla parte del corpo da esaminare un apposito strumento (chiamato bobina) capace di trasmettere e ricevere onde radio. Per aiutarla a mantenere la posizione corretta durante l'esame verranno usati adatti sistemi di immobilizzazione. Poiché durante l'esame l'apparecchiatura produce un forte rumore ritmico le saranno fornite delle cuffie per le orecchie e/o dei tappi auricolari per ridurre il fastidio. L'esame non è doloroso né fastidioso. È normale che nella parte del corpo in esame si produca una lieve sensazione di calore. Se il calore fosse troppo forte avvisi il personale sanitario. Gli esami RM generalmente comprendono diverse differenti fasi durante e quali vengono acquisite le immagini (chiamate sequenze), ciascuna delle quali può durare da pochi secondi a pochi minuti. È molto importante restare perfettamente immobili durante queste fasi perché solo in questo caso si possono ottenere immagini di buona qualità per la diagnosi. Movimenti anche piccoli possono infatti seriamente danneggiare la qualità dell'esame. La durata totale dell'esame RM è variabile e dipende dal tipo di parte del corpo da esaminare e dalla sua collaborazione. Mediamente, essa può variare fra i 15 e i 30 minuti. Nella sala comando è sempre presente personale di servizio pronto ad intervenire in caso di qualsiasi necessità. Il paziente è sempre in contatto vocale, acustico e visivo con gli operatori, che eseguono un controllo costante durante tutta la fase di esame. In caso di insorgenza di disturbi, come sensazione di claustrofobia, calore, prurito, affanno, palpitazioni o svenimento, è opportuno che il paziente avverta quanto prima il Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame RM, utilizzando gli appositi dispositivi di segnalazione.

In qualsiasi momento l'esame può essere sospeso senza conseguenze dannose.

In relazione al quesito clinico, l'esame può essere eseguito:

- senza mezzo di contrasto, oppure
- con mezzo di contrasto (farmaco paramagnetico a base di gadolinio), somministrato per via endovenosa.

RISCHI, LIMITI E CONTROINDICAZIONI

I pazienti possono essere sottoposti all'esame RM solo **previa esclusione di ogni possibile controindicazione** all'esame RM, da accertarsi a cura del Medico Responsabile della prestazione diagnostica (MRP), previo utilizzo dell'apposito questionario anamnestico e del modulo di consenso informato.

L'esame RM non può essere eseguito in presenza di dispositivi o condizioni non compatibili con il campo magnetico.

L'esame è controindicato nei Pazienti portatori di pacemaker cardiaci non compatibili RM; clip metalliche, punti di sutura metallici o dispositivi metallici non certificati RM-compatibili. In assenza di documentazione completa o in presenza di condizioni di rischio elevato, l'esame non viene eseguito presso la struttura

Pazienti con Dispositivi Medici Impiantabili (DMI) MR-conditional

In presenza di dispositivi medici impiantabili (DMI), l'esecuzione di esami di Risonanza Magnetica è subordinata alla completa identificazione del dispositivo, alla verifica della compatibilità MR e al rispetto delle condizioni operative previste dal produttore (IFU).

In caso di dubbio potrà essere richiesta documentazione clinica attestante la tipologia del materiale impiantato.

Particolare attenzione è richiesta nei seguenti casi:

- lavoratori esposti a metalli (tornitori, saldatori, carrozzieri, addetti a vernici metallizzate);
- **donne in gravidanza** o con gravidanza non escludibile, in particolare nel primo trimestre;
- portatori di spirale intrauterina o dispositivi intracavitari;
- pazienti affetti da claustrofobia, epilessia, anemia grave .

EFFETTI COLLATERALI

L'esame RM non provoca dolore, possono tuttavia verificarsi:

- sensazione di riscaldamento localizzato o diffuso;
- lievi contrazioni muscolari o sensazione di pulsazione (stimolazione nervosa periferica).

In caso di fastidio rilevante, il Paziente deve informare immediatamente l'Operatore

NOTA INFORMATIVA ESAMI RM CON DI MEZZO DI CONTRASTO

Solo alcuni esami RM richiedono la somministrazione endovenosa di un mezzo di contrasto paramagnetico, che contiene generalmente una sostanza chiamata gadolinio. Questo mezzo di contrasto modifica le proprietà magnetiche dei tessuti e permette di rendere meglio visibili le strutture interne del corpo nelle immagini, migliorando le capacità diagnostiche dell'esame, Il mezzo di contrasto viene introdotto attraverso un ago cannula posizionato in una vena dell'avambraccio. Durante l'iniezione non avvertirà alcuna sensazione particolare.

POSSIBILI COMPLICAZIONI DEL MEZZO DI CONTRASTO

La somministrazione endovenosa di mezzo di contrasto è generalmente ben tollerata. Oltre a una possibile sensazione di fresco nel braccio, raramente possono verificarsi nausea, vomito o orticaria.

Eventi avversi gravi sono **estremamente rari** e comprendono reazioni allergiche o effetti a carico di apparato cardiovascolare, renale o neurologico.

Una rara complicazione grave è la fibrosi nefrogenica sistemica (NSF) che si può verificare solo nei pazienti con insufficienza renale grave dopo iniezione di elevate dosi di mezzo di contrasto a base di gadolinio. Per escludere una eventuale insufficienza renale non conosciuta, in tutti i pazienti che devono sottoporsi a esame di RM con mezzo di contrasto è indispensabile il dosaggio della creatinina serica .

La informiamo che le caratteristiche di tali farmaci "permettono tranquillità di impiego, pur tenendo in considerazione i rischi generici di ipersensibilità, caratteristici di ogni formulazione iniettabile" (Circolare del Ministero della Sanità 900.VI/11 AG./642 DEL 17/09/97).

In caso di sintomi (es. difficoltà respiratoria, gonfiore, prurito, capogiri), il Paziente deve informare immediatamente il personale sanitario.

La somministrazione del mezzo di contrasto avverrà **solo previo consenso informato specifico**.

PREPARAZIONE ALL'ESAME E RACCOMANDAZIONI

Prima dell'esame RM occorre:

Presentare **documentazione sanitaria precedente** pertinente all'esame da eseguire

Rimuovere:

- Lenti a contatto o occhiali, apparecchi per l'udito, protesi dentarie mobili, cintura, busti, parrucche, fermagli per capelli, mollette, gioielli, orecchini, piercing, 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);
- Cosmetici dal volto e lacca per capelli;
- Segnalare la presenza di tatuaggi sulla pelle (potrebbero provocare irritazioni).

Per l'esecuzione Dell'esame RM con somministrazione di mezzo di contrasto (MDC) è necessario:

- Essere **a digiuno da almeno 6 ore** prima dell'esame.
- Non assumere latte né bevande alcoliche nelle ore precedenti l'esame.
- Aver eseguito, **da non oltre 30 giorni**, un esame ematochimico della **creatininemia**, da presentare il giorno dell'esame, al fine di valutare la funzionalità renale.
- Nelle ore successive alla somministrazione di mezzo di contrasto, non è necessario sospendere l'allattamento con latte materno .
- Proseguire, di norma, la terapia farmacologica abituale, salvo diversa indicazione del Medico curante.
- Sospendere l'eventuale **terapia ipoglicemizzante** nei Pazienti diabetici, salvo diversa indicazione del Medico curante.

Allergie e condizioni particolari

È necessario eseguire una terapia desensibilizzante nei casi di:

- pregressa reazione avversa con la medesima classe di MdC (chelati del gadolinio);
- mastocitosi;
- asma bronchiale;
- orticaria o angioedema cronici o ricorrenti non controllati da terapia farmacologica;
- pregressa anafilassi idiopatica (di causa non nota)

Dopo l'esame

Nessuna regola particolare da osservare. Se ha qualche dubbio o se vuole essere più informato sull'esame RM cui deve essere sottoposto, il Medico Radiologo è a sua disposizione per fornirle ogni altra eventuale spiegazione.

QUESTIONARIO PRELIMINARE ALL'ESECUZIONE RM

Questionario somministrato da _____ (Indicare Nome, Cognome dell'EQUIPE RM)

Qualifica professionale _____

Cognome e Nome _____ Data di nascita _____

Luogo di nascita _____ Prov. _____ Età _____ Peso in Kg _____

Recapito Tel. _____ Non ricoverato Ricoverato (reparto: _____)

		SI	NO
è affetto da:	claustrofobia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	obesità marcata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	anemia falciforme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	cardiopatìa grave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>
	neuro stimolatori, elettrodi endocerebrali o sottodurali Se sì del tipo:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	clips endocraniche, endoorbitarie, endovascolari Se sì del tipo:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	sonde di derivazione ventricolare o spinale Se sì del tipo:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	distrattori della colonna vertebrale 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"/>
	protesi dentarie fisse o mobili Se sì del tipo:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	corpi intrauterini 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"/>
	Tatuaggi e piercing Localizzazione:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	cerotti medicali	<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"/>
<input type="checkbox"/> estremità _____	<input type="checkbox"/> torace _____	<input type="checkbox"/> altro _____	
è in stato di gravidanza (data dell'ultima mestruazione (_____))		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
è stato vittima di traumi stradali/incidenti.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
è stato vittima di incidenti di caccia o di esplosioni.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lavora o ha lavorato come fabbro, tornitore, saldatore, carrozziere, addetto alla lavorazione di vernici metallizzate.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DA COMPILARE SOLO NEL CASO DI MEZZO DI CONTRASTO

		SI	NO
È allergico (es. asma allergico, mastocitosi, pregresso shock anafilattico, orticaria, angioedema, reazioni allergiche ai mezzi di contrasto o altro)? Note: se sì, ha eseguito terapia desensibilizzante? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha mai effettuato esami con mezzo di contrasto?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esami del sangue (creatinemia)			
Data esami ematici: _____	Valore creatinina: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Digiuno da 6 ore		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANAMNESI

.....

.....

.....

.....

.....

.....

A CURA DEL PERSONALE SANITARIO

Documentazione precedente	<input type="checkbox"/> PACS	DATA _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Copia referti			<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Importati cd su pacs			<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Esami lasciati in visione M-AZ-45			<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

IL MEDICO RESPONSABILE DELL'ESAME RM, che ha effettuato l'anamnesi, 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

Data _____

Firma del Medico _____

NON NE AUTORIZZA L'ESECUZIONE PER

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 _____**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 (o del Titolare del consenso)

Data _____

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 (o del Titolare del consenso)

Data _____

Ulteriori consensi informati

Consenso informato relativo a RM in presenza di Loop Recorder / DMI compatibili RM

Il paziente si ritiene sufficientemente informato sui rischi legati a _____.
Pertanto, reso edotto dal Medico Responsabile della prestazione diagnostica della valutazione dei benefici diagnostici e dei rischi correlati, (riscaldamento locale, malfunzionamento temporaneo, artefatti), dà il proprio consenso.

Firma del paziente (o del Titolare del consenso)

Data _____

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

REVOCA DEL CONSENSOIo sottoscritto/a
Cognome e Nome _____ Data di nascita _____**REVOCO** il consenso all'atto sanitario su indicato.

Firma del Paziente (o del Titolare del consenso)

Data _____

Firma del Medico _____

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