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 una metodica diagnostica per immagini dedicata allo studio delle articolazioni degli arti superiori e inferiori. Utilizza campi magnetici statici e onde elettromagnetiche a radiofrequenza (RF) e **non impiega radiazioni ionizzanti (raggi X)**.L'apparecchiatura è a basso campo magnetico (0,31 Tesla) ed è progettata esclusivamente per l'esecuzione di esami distrettuali degli arti, garantendo elevata qualità diagnostica nelle seguenti sedi anatomiche:
- 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 configurazione aperta dell'apparecchiatura consente l'introduzione del solo arto da esaminare, riducendo significativamente il rischio di claustrofobia.

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 (attraverso il vetro della consolle) 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 LIMITI 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 certificati (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.
L'esame non è eseguibile:
- su pazienti barellati;
- in presenza di apparecchi gessati sul distretto da esaminare;
- per ginocchio con circonferenza superiore a 47 cm (limite tecnico dell'apparecchiatura).

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);
- 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. _____ Età _____ Peso in Kg _____

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

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

ANAMNESI

……

……

……

……

……

Documentazione precedente □ PACS DATA_____	□ SI	□ NO
Copia referti	□ SI	□ NO
Importati cd/dvd su pacs	□ SI	□ NO
Esami lasciati in visione M-AZ-45	□ SI	□ NO

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

□ **<u>NON</u> 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 _____

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

Firma del Paziente _____
(o del Titolare del consenso)

Data _____ **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.

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.*