GRUPPO RomanoMedica POLIAMBULATORI
**ROMANO MEDICA S.r.l. Unipersonale**
Sede legale: Via Dante Alighieri, 5/4 | 36060 Romano d'Ezzelino VI
*Cap. Soc. € 10.000* | Cod. Fisc. e P. IVA 02819040243
Sede operativa: Via Terraglio, 54 | 31021 **Mogliano Veneto** TV
*Dir. San.* ***Dott. Angelo CALVANI*** *- Dir. Lab. Analisi* ***Dott. Dario CESCO***

Centro Unico Prenotazione 042433477

**Laboratorio Analisi**
**Certificato ISO 9001**

*From Cure to Care*
PRENOTA ONLINE
www.romanomedica.it
info@romanomedica.it

# MODULO INFORMATIVO ESAME RM

## Nota informativa relativa all'esame RM

La Risonanza Magnetica (RM) è una tecnica diagnostica che non utilizza radiazioni ionizzanti o sostanze radioattive. La diagnostica mediante RM sfrutta l'impiego di intensi campi statici di induzione magnetica e onde elettromagnetiche a RF.
L'esame RM, 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.
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 in pazienti di sesso femminile durante il primo trimestre di gravidanza.
Nel corso dell'esame RM è molto rara l'insorgenza di reazioni avverse. L'evenienza più probabile è rappresentata da una crisi di claustrofobia a carattere passeggero. Il sito RM garantisce sempre la presenza di personale medico specializzato pronto ad intervenire in caso di emergenze mediche.

## Esecuzione dell'esame RM

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, previo utilizzo dell'apposito questionario anamnestico e del modulo di consenso informato.
Per effettuare l'esame RM è necessario che il paziente, ove del caso supportato dal personale di servizio:

- tolga eventuale trucco per il viso e lacca per capelli;
- depositi nello spogliatoio o negli appositi armadietti ogni oggetto metallico, ferromagnetico o di supporto magnetico (telefoni cellulari, monete, orologi, chiavi, orecchini, spille, gioielli, fermagli per capelli, tessere magnetiche, carte di credito, ecc.);
- tolga eventuali protesi dentarie e apparecchi per l'udito;
- tolga lenti a contatto o occhiali;
- si spogli, e successivamente indossi l'apposito camice monouso fornito dal personale di servizio;
- utilizzi la cuffia o gli appositi tappi auricolari fornitigli.

La durata media dell'esame RM è approssimativamente pari a 30 minuti, ma può variare in relazione a esigenze cliniche e al numero di distretti anatomici da esaminare.
Durante la fase di acquisizione dati dell'esame RM sono udibili dei rumori ritmici di intensità variabile provocati dal normale funzionamento dell'apparecchiatura RM. Le condizioni di ventilazione, illuminazione e temperatura sono tali da assicurare il massimo benessere, e ridurre possibili effetti claustrofobici.
Durante la fase di esame è necessario rimanere tranquilli e mantenere il massimo grado di immobilità per non compromettere il risultato diagnostico dell'immagine.
La respirazione regolare e la deglutizione della saliva non disturbano l'esame.
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 l'operatore, utilizzando gli appositi dispositivi di segnalazione.

GRUPPO RomanoMedica POLIAMBULATORI
**ROMANO MEDICA S.r.l. Unipersonale**
Sede legale: Via Dante Alighieri, 5/4 | 36060 Romano d'Ezzelino VI
*Cap. Soc. € 10.000* | Cod. Fisc. e P. IVA 02819040243
Sede operativa: Via Terraglio, 54 | 31021 **Mogliano Veneto** TV
*Dir. San. Dott. Angelo CALVANI - Dir. Lab. Analisi Dott. Dario CESCO*

Centro Unico Prenotazione 042433477

**Laboratorio Analisi**
**Certificato ISO 9001**

*From Cure to Care*
PRENOTA ONLINE
www.romanomedica.it
info@romanomedica.it

# QUESTIONARIO ANAMNESTICO ESAME RM

**Dati del paziente**

| | | |
|---|---|---|
| Cognome | Nome | |
| Luogo di nascita | Data di nascita | Peso (Kg) |
| Indirizzo | Città | Prov. |
| Recapito telefonico | Cod. Fisc. | |
| Indagine richiesta | Medico richiedente l'esame RM | |

*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 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.*

Ha eseguito in precedenza esami RM? ☐SI ☐NO
Ha avuto reazioni allergiche dopo somministrazione del mezzo di contrasto? ☐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
È stato vittima di traumi da esplosioni? ☐SI ☐NO
Ultime mestruazioni avvenute: .....
Ha subito interventi chirurgici su:
☐testa ☐collo ☐addome ☐estremità ☐torace
☐ altro: .....
È a conoscenza di avere uno o più dispositivi medici o corpi metallici all'interno del corpo? ☐SI ☐NO
È portatore di pace-maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci? ☐SI ☐NO
È portatore di schegge o frammenti metallici? ☐SI ☐NO
È portatore di 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
Corpi intrauterini? ☐SI ☐NO
Derivazione spinale o ventricolare? ☐SI ☐NO
Protesi dentarie fisse o mobili? ☐SI ☐NO
Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, ecc.), viti, chiodi, filo, ecc.? ☐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
Informazioni supplementari .....
.....
È affetto da anemia falciforme? ☐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 rimuovere:** 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 - calze di nylon – indumenti in acrilico - pinzette metalliche - punti metallici - limette - forbici - altri eventuali oggetti metallici. 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**

| | |
|---|---|
| Data | Firma del Medico Radiologo |

# 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.

| | |
|---|---|
| Data | Firma del Paziente |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Nel caso di minore/interdetto/inabilitato/etc., barrare la casella di chi firma in vece. | ☐ Padre | ☐ Madre | ☐ Tutore/Curatore | ☐ Amm. sostegno |