



Servizio di Diagnostica per Immagini
QUESTIONARIO ANAMNESTICO E CONSENSO INFORMATO
ALL' ESAME RM
(ai sensi del DM 14 gennaio 2021)

MOD 01 - PS02/RX

Rev.9

Data 15/05/2025

Pagina di 1/2

ETICHETTA

ESAME/I DA ESEGUIRE:

1. _____ DESTRA SINISTRA
2. _____ DESTRA SINISTRA
3. _____ DESTRA SINISTRA

QUESTIONARIO ANAMNESTICO

Il questionario ha lo scopo di accertare l'assenza di controindicazioni all'esame RM. Tale questionario deve essere attentamente compilato dall'equipe RM e firmato dal Medico Responsabile della Prestazione Diagnostica, il quale, in relazione alle risposte da Lei fornite, può concludere che non sussistano controindicazioni all'esame RM.

Ha eseguito in precedenza esami RM?	SI	NO			
Soffre di claustrofobia?	SI	NO			
È portatore di Pacemaker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci?	SI	NO			
È in stato di gravidanza certa o presunta?	SI	NO			
Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere?	SI	NO			
Ha mai subito incidenti stradali, incidenti di caccia, traumi da esplosioni?	SI	NO			
Ha subito interventi chirurgici? testa <input type="checkbox"/> collo <input type="checkbox"/> addome <input type="checkbox"/> estremità <input type="checkbox"/> torace <input type="checkbox"/> occhi <input type="checkbox"/> altro _____					
È a conoscenza di avere uno o più dispositivi medici o corpi metallici all'interno del corpo?	SI	NO			
È portatore di schegge o frammenti metallici?	SI	NO			
È portatore di?					
Clips su aneurismi cerebrali, vasi sanguigni, aorta	SI	NO	Stents?	SI	NO
Valvole cardiache?	SI	NO	Distrattori della colonna vertebrale?	SI	NO
Defibrillatori impiantati, loop recorder?	SI	NO	Dispositivi intrauterini?	SI	NO
Atri tipi di stimolatori?	SI	NO	Protesi dentarie fisse o mobili?	SI	NO
Derivazione spinale o ventricolare?	SI	NO	Protesi del cristallino?	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 cerebrali o subdurali?	SI	NO			
Protesi metalliche (per pregresse fratture, ecc.), viti, chiodi, filo, altre protesi, ecc.? Localizzazione _____	SI	NO			
Ritiene di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe NON esserne a conoscenza?	SI	NO			
È affetto da anemia falciforme?	SI	NO			
Sta utilizzando cerotti elettromedicali?	SI	NO			
È portatore di piercing o tatuaggi? Localizzazione _____	SI	NO			

PREPARAZIONE NECESSARIA / RACCOMANDAZIONI

Per effettuare l'esame RM è necessario 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

Firma del Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame RM

Data



Servizio di Diagnostica per Immagini
QUESTIONARIO ANAMNESTICO E CONSENSO INFORMATO
ALL' ESAME RM
(ai sensi del DM 14 gennaio 2021)

MOD 01 - PS02/RX

Rev.9

Data 15/05/2025

Pagina di 2/2

NOTA INFORMATIVA

La Risonanza Magnetica (RM) è una tecnica diagnostica che non utilizza radiazioni ionizzanti o sostanze radioattive. La diagnostica mediante RM utilizza campi statici di induzione magnetica e onde elettromagnetiche a radiofrequenza (RF), simili alle onde radiotelevisive.

La Risonanza Magnetica di base si configura come un esame diagnostico non invasivo e 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**; nei casi di effettiva e improrogabile necessità, il caso sarà esaminato assieme allo specialista.

COME SI EFFETTUA

L'esame non è doloroso né fastidioso. Il paziente viene sdraiato su un lettino e in relazione al tipo di organo da studiare sono posizionate all'esterno del corpo le cosiddette "bobine" (fasce, casco, piastre, ecc) sagomate in modo da adattarsi alla regione anatomica da studiare, queste non provocano dolore o fastidio essendo appoggiate all'esterno del corpo.

Durante l'esame sono udibili dei rumori ritmici di intensità variabile provocati dal normale funzionamento dell'apparecchio.

COSA PUÒ SUCCEDERE - EVENTUALI COMPLICANZE

Raramente possono insorgere disturbi lievi come sensazione di claustrofobia, calore, prurito, affanno, palpitazioni o sensazione di malessere. In questi casi sarà possibile avvertire gli operatori utilizzando un apposito dispositivo di segnalazione che avrà a portata di mano durante tutto l'esame.

CONSENSO INFORMATO all'ESECUZIONE DELL'INDAGINE RM

Io sottoscritto/a _____, nato/a a _____, il _____

DICHIARO/A di essere stato/a sufficientemente informato/a circa l'indicazione, l'utilità, le modalità di esecuzione, sui rischi e sulle controindicazioni legate all'esposizione ai campi elettromagnetici generati dall'apparecchiatura RM. **In particolare, per le pazienti di sesso femminile** si dichiara di prendere atto che l'esecuzione dell'esame RM durante i primi tre mesi di gravidanza è sconsigliato, sebbene non esistano evidenze in grado di provare una sensibilità dell'embrione ai campi elettromagnetici, tranne che nei casi di effettiva e improrogabile necessità; si dichiara di prendere atto, inoltre, che l'esposizione a campi magnetici o a onde di radiofrequenza può provocare la perdita di efficacia anticoncezionale del dispositivo intrauterino (IUD)

PERTANTO

consapevole dell'importanza e veridicità delle risposte fornite

Accenso **NON accenso**

all'esecuzione dell'esame

Data _____ Firma del Paziente (*) _____

(*) In caso di paziente **minore/ interdetto** è necessaria la firma di un genitore o di chi ne fa le veci/tutore; Analogamente dicasi se il paziente è sotto tutela giuridica

Io sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____,
genitore/rappresentante legale di _____

DICHIARO di essere stato/a informato/a riguardo la procedura RM e accenso all'esecuzione dell'esame.

Data _____ Firma del genitore o del rappresentante legale _____