

Azienda Unità Sanitaria Locale di Piacenza
Dipartimento Funzioni Radiologiche

Gentile Signore/a,

le informazioni che Le vengono richieste servono per assicurare lo svolgimento dell'esame di Risonanza Magnetica nelle condizioni di massima regolarità e sicurezza.

Questa metodica di indagini non richiede l'impiego di radiazioni ionizzanti (raggi x), ma fa uso di intenso campo magnetico che esercita, come una grossa calamita, elevate forze attrattive sui materiali ferrosi che lei potrebbe avere con se (monete, chiavi ...) o dentro il suo corpo (protesi chirurgiche, schegge metalliche, pace-macker, clip, spirali intra-uterine, ...).

L'esame non è doloroso, non è fastidioso e non comporta particolari rischi se eseguito seguendo le precauzioni necessarie.

Durante l'esame precepirà un rumore ritmico, dovuto al funzionamento della macchina.

Durante l'esame lei sarà continuamente tenuto sotto osservazione dal personale presente nella sala comandi, con il quale sarà anche stabilito un contatto mediante collegamento interfonico.

Per l'intera durata dell'esame lei dovrà mantenere la massima immobilità ed una respirazione regolare, così da consentire un risultato diagnostico di qualità migliore.

La preghiamo quindi di conservare la massima tranquillità durante l'intera durata dell'esame.

Prima di essere sottoposto all'esame dovrà procedere come segue:

- **Detergere l'eventuale trucco dal volto e soprattutto dagli occhi**
- **Togliere fermagli o mollette per capelli, occhiali, gioielli, orologi, penne metalliche, carte di credito, coltelli tascabili, fermasoldi, monete, chiavi, indumenti con cerniere lampo o con ganci o con bottoni metallici, cinture, pinzette metalliche, spille, lenti a contatto, apparecchi per l'udito, protesi dentarie, cinti erniari, ecc...**

La procedura prevede in specifiche situazioni la somministrazione per via endovenosa di mezzo di contrasto previo consenso da fornire tramite scheda allegata.

Grazie per la cortese collaborazione.

QUESTIONARIO PER INDAGINI DI RISONANZA MAGNETICA

(Da allegare alla richiesta)

Il/la sottoscritto/a _____

Dichiara di essere stato/a dettagliatamente informato/a dal medico sul tipo di esame diagnostico, sulle modalità di esecuzione, sui rischi legati all'eventuale impiego di mezzi di contrasto per via iniettiva generale o locale o per vie di somministrazione (endocavitaria, ecc.). Informato sui diritti e sui limiti di cui alla legge 675/96 concernente "la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali" esprimo il mio consenso all'esame ed autorizzo al trattamento dei dati personali esclusivamente a fini di diagnostica e cura.

DOMANDE (barrare la casella della risposta)

- Il paziente soffre di claustrofobia? si no
- Il paziente ha lavorato come tornitore, saldatore, carroziere o in attività simili? si no
- Il paziente ha subito incidenti stradali o di caccia, ferite di guerra o da esplosioni? si no
- E' in stato di gravidanza? si no
- Ha subito interventi chirurgici su:
- collo si no
 - torace si no
 - addome si no
 - arti si no
- E' paziente portatore di:
- Pace Maker si no
- Schegge o frammenti metallici si no
- Protesi metalliche, viti, chiodi o fili ortopedici si no
- Valvole cardiache si no
- Pompa da infusione farmaci si no
- Impianti metallici auricolari si no
- Neurostimolatori, elettrodi cerebrali o spinali si no
- Derivazione liquorale si no
- Dispositivi intrauterini (I.U.D.) si no
- Protesi dentarie fisse o mobili si no
- Protesi del cristallino si no
- Lenti a contatto si no
- Talassemia si no

Sede di eventuali corpi estranei _____

FIRMA DEL COMPILATORE _____ Piacenza _____

N.B. LA SCHEDA DA CONSERVARE ALLEGATA ALLA CARTELLA RADIOLOGICA