

		Modello CONSENSO INFORMATO ESAME DI RISONANZA MAGNETICA Data di applicazione 12-09-2025	Mod.3 PSQ. 12/09 Rev. 7 Pag. 1 di 3
---	---	---	---

INFORMATIVA PER IL PAZIENTE

La Risonanza magnetica (RM) è una metodica diagnostica che utilizza campi magnetici ed onde elettromagnetiche a radiofrequenza. È un esame diagnostico non invasivo che in base alle conoscenze attuali non comporta effetti biologici rilevanti su Pazienti privi di controindicazioni. Tuttavia, è prudente non sottoporre ad esame RM le Pazienti in stato di gravidanza nel primo trimestre.

All'arrivo il Paziente verrà accolto dal personale del servizio, verrà identificato e sarà verificata la presenza della documentazione (richiesta dell'esame, questo modulo di consenso e pregressa documentazione clinica a strumentale). I Pazienti, prima di essere sottoposti all'esame RM, risponderanno alle domande del questionario anamnestico (riportato nel retro di questo foglio) al fine di escludere ogni possibile controindicazione all'esame di RM.

Prima dell'esame si raccomanda di depositare nello spogliatoio e/o negli appositi armadietti (muniti di serratura con chiave amagnetica) ogni oggetto metallico, ferromagnetico o con supporto magnetico, spogliarsi ed eventualmente indossare il camice monouso fornito dal personale di servizio. Si raccomanda di evitare di truccare il viso e di utilizzare la lacca per i capelli poiché possono creare artefatti che riducono la qualità delle immagini.

Verranno fornite informazioni circa la durata dell'esame. L'apparecchiatura RM è a forma di tunnel aperto alle due estremità. Produce un rumore ritmico. Nel corso dell'esame è necessario mantenere l'assoluta immobilità respirando regolarmente. Sono previsti strumenti di comunicazione con il personale che è presente durante l'esame. In qualsiasi momento l'esame può essere sospeso. Non è prevista alcuna controindicazione alla ripresa delle normali attività dopo l'esame.

Prima dell'esame il paziente dovrà rispondere a un questionario anamnestico che 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, il quale, in relazione alle risposte fornite dal paziente si può concludere che non sussistano controindicazioni all'esame RM. La firma del paziente a piè della medesima pagina, in calce alla formula del consenso, garantisce – fra le altre, anche la sua piena consapevolezza delle gravi conseguenze che possono rivestire risposte falsi o mendaci ai quesiti sottoposti.

Cognome e Nome del Paziente: _____

data di nascita: ____/____/____

		Modello CONSENSO INFORMATO ESAME DI RISONANZA MAGNETICA Data di applicazione 12-09-2025	Mod.3 PSQ. 12/09 Rev. 7 Pag. 2 di 3
---	---	---	---

QUESTIONARIO ANAMNESTICO ESAME RM

Si raccomanda di depositare nello spogliatoio e/o negli appositi armadietti (muniti di serratura con chiave amagnetica) ogni oggetto metallico, ferromagnetico o con supporto magnetico (ad esempio: telefoni cellulari; monete; orologi; chiavi; orecchini; spille; gioielli; fermagli per capelli; tessere magnetiche; carte di credito); togliere eventuali protesi dentarie mobili, apparecchi per l'udito, lenti a contatto o occhiali.

Etichetta identificativa

del paziente

Ha eseguito in precedenza esami RM? **SÌ NO**

Soffre di claustrofobia? **SÌ NO**

Ha mai lavorato o lavora come saldatore, tornitore o carrozziere? **SÌ NO**

Ha mai subito incidenti stradali o di caccia? **SÌ NO**

È stato vittima di traumi da esplosioni? **SÌ NO**

È in stato di gravidanza certa o presunta? **SÌ NO**

Ha mai avuto reazioni allergiche dopo iniezione di mezzo di contrasto? **SÌ NO**

Soffre di allergie? **SÌ NO**

Soffre di insufficienza renale? **SÌ NO**

Ha subito interventi chirurgici su: Testa _____

Addome _____ Collo _____

Estremità _____ Torace _____

Occhi _____ Altro _____ **SÌ NO**

È portatore di:

dispositivi medici o corpi metallici **SÌ NO**

Pace- maker cardiaco o altri cateteri cardiaci? **SÌ NO**

Schegge o frammenti metallici? **SÌ NO**

Clips e stent su aneurismi, vasi sanguigni, aorta? **SÌ NO**

Valvole cardiache artificiali? **SÌ NO**

Defibrillatori, pompe di infusione, neuro stimolatori? **SÌ NO**

Corpi metallici nelle orecchie o impianti per l'udito? **SÌ NO**

Distrattori della colonna vertebrale? **SÌ NO**

		Modello CONSENSO INFORMATO ESAME DI RISONANZA MAGNETICA Data di applicazione 12-09-2025	Mod.3 PSQ. 12/09 Rev. 7 Pag. 3 di 3
---	---	---	---

Dispositivi intrauterini (IUD) SÌ **NO**

Derivazioni spinali o ventricolari? SÌ **NO**

Protesi dentarie fisse o mobili? SÌ **NO**

Altre protesi metalliche? SÌ **NO**

Anemia falciforme SÌ **NO**

Ritiene di poter avere protesi/apparecchi o latri corpi metallici all'interno del corpo di cui non potrebbe essere a conoscenza? SÌ **NO**

Portatore di protesi del cristallino? SÌ **NO**

Portatore di piercing? SÌ **NO**

Portatore di tatuaggi? SÌ **NO**

**CONSENSO INFORMATO CONDIVISO E LIBERAMENTE ESPRESSO DAL
PAZIENTE PER L'ESECUZIONE DELL'INDAGINE DI RISONANZA MAGNETICA**

Dopo aver preso visione delle informazioni relative all'esame RM riportate nell'informativa, valutate le informazioni ricevute ed i chiarimenti che mi sono stati forniti, ritengo di essere stato sufficientemente informato sui i rischi e sulle controindicazioni e sugli eventuali danni per la salute e per la vita legati all'esposizione a campi elettromagnetici generati dall'apparecchiatura RM.

Pertanto, consapevole dell'importanza delle risposte fornite:

☐ **ACCONSENTO** ☐ **NON ACCONSENTO** all'esecuzione dell'esame.

Data _____/_____/_____

Firma del Paziente (o del genitore/tutore nei casi previsti dalla legge)
