

 Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia ASST Fatebenefratelli Sacco RADIOLOGIA NEURORADIOLOGIA PEDIATRICA	FOGLIO INFORMATIVO ESAME DI RISONANZA MAGNETICA	Rev. 1	Pag. 1 di 1
		PBU-RNP-FI-001	

Gent.le Sig/Sig.ra, Le forniamo alcune informazioni inerenti la procedura alla quale sarà sottoposto/a. Nel caso Le suscitino altre domande, non esiti a sottoporle al medico di riferimento.

La **RISONANZA MAGNETICA (RM)** è una metodica diagnostica che utilizza un campo magnetico (l'equivalente di una grossa calamita) senza impiego di raggi X.

CONTROINDICAZIONI

Esistono controindicazioni assolute all'esecuzione dell'indagine: presenza di pace maker o dispositivi endocorporei non compatibili con il campo magnetico. In presenza di controindicazioni assolute l'esame non è fattibile. Le eventuali controindicazioni relative saranno valutate dal Medico Radiologo sulla base delle Sue risposte ad apposito questionario e Le saranno fornite tutte le informazioni a riguardo.

MODALITA' DI PREPARAZIONE ALL'ESAME

Prima di eseguire l'esame è necessario che Lei risponda al questionario PBU-RNP-MS-001 che Le verrà sottoposto dal Medico responsabile dell'esecuzione dell'esame e che ha lo scopo di accertare l'assenza di controindicazioni assolute o relative.

Per gli esami senza MdC non è richiesto alcun digiuno salvo che per esame di Colangio RM.

Nel caso debba effettuare un esame con Mezzo di contrasto per via endovenosa (MdC e.v.) legga attentamente il Foglio Informativo specifico (PBU-RNP-FI-002).

PRIMA DI EFFETTUARE L'ESAME OCCORRE TOGLIERE:

Lenti a contatto	Cosmetici dal volto	Ganci, bottoni metallici	Chiavi
Apparecchi per l'udito	Orologio	Spille	Forbici
Dentiere, corone mobili	Carte di credito	Vestiti con cerniera lampo	Occhiali
Cerotti medicati	Schede magnetiche	Piercing	Oggetti metallici
Fermagli per capelli	Ferma soldi	Coltellini	
Gioielli	Monete	Mollette	

ESECUZIONE DELL'ESAME

Lei sarà adagiato su un lettino e posizionato all'interno dell'apparecchiatura dove esiste un campo magnetico costante. Durante l'esame, della durata variabile tra 20 e 60 minuti, è necessario che rimanga immobile. Sentirà dei rumori ritmici provocati dal normale funzionamento dell'apparecchiatura. Le condizioni di ventilazione, illuminazione e temperatura sono tali da assicurare il massimo comfort e ridurre possibili effetti claustrofobici che in soggetti particolarmente sensibili potrebbero comunque impedire l'esecuzione dell'esame. In alcuni tipi di indagine può essere richiesto di collaborare mediante atti respiratori e brevi periodi di apnea. Nella sala comando è sempre presente personale di servizio pronto ad intervenire in caso di qualsiasi necessità e durante l'esame potrà comunicare con il Tecnico e/o il Medico addetti.

EVENTUALI COMPLICANZE / RISCHI CONSEGUENTI ALL'INDAGINE DIAGNOSTICA

Ad oggi non sono documentati effetti dannosi sull'individuo, compreso l'embrione: tuttavia è prudente escludere dall'esposizione le donne in gravidanza certa o presunta a meno di un atteso vantaggio diagnostico per la donna o il feto, questo a giudizio sia del medico prescrittore che dello specialista Radiologo. **Pertanto le donne in stato di gravidanza certa o non escludibile devono avvertire tempestivamente il personale presente in RM.**

ALTERNATIVE POSSIBILI

Nei casi in cui esistano controindicazioni assolute o, a giudizio dello specialista Radiologo, l'esame RM non rappresenti la metodica più idonea a rispondere al quesito diagnostico, il medico Radiologo stesso Le consiglierà la metodica alternativa più indicata (es: TC, PET, ECOGRAFIA, SCINTIGRAFIA)

EFFETTI DELLA MANCATA PROCEDURA

Desideriamo InformarLa che un Suo rifiuto all'esecuzione dell'esame, se ritenuto quello più idoneo a rispondere al quesito diagnostico, potrà comportare un ritardo o un mancato raggiungimento di una corretta diagnosi.

Dichiaro che le presenti informazioni mi sono state fornite dal Medico Responsabile dell'esame, che ho avuto modo di discuterne, che le ho comprese e che acconsento all'esecuzione dell'esame

Data _____ Firma del/la paziente _____

In caso di **Minore** Firma di un genitore oppure di Accompagnatore munito di delega del genitore e fotocopia delle carta di identità del genitore delegante _____

Firma del Rappresentante legale/ tutore _____

Firma del Medico responsabile esecuzione RM _____