

## AUSL N.9 DI GROSSETO

Presidio Ospedaliero della Misericordia

U.O NEURORADIOLOGIA

(Dir. Dr. Danilo De Falco)

Tel. 0564-485290 Fax 0564-483310

### Documento per l'esecuzione di indagine di Risonanza Magnetica

*Questo documento (da allegare alla richiesta di esecuzione dell'esame) è stato elaborato con gli specialisti dell'Azienda ed è parte integrante della documentazione clinica del paziente.*

## Parte Prima – Informazioni per il cittadino

### Controindicazioni assolute

In presenza di anche una sola delle controindicazioni assolute sotto elencate l'indagine di Risonanza magnetica non può essere effettuata:

1. Paziente portatore di protesi del cristallino con anse e punti intraoculari ferromagnetici
2. Paziente portatore di schegge o frammenti metallici in sede oculare, viscerale, intracranica
3. Paziente portatore di pace-maker cardiaco
4. Paziente portatore di clip chirurgiche vascolari, impianti auricolari metallici, catetere di Swan- Ganz, elettrodi endocorporei, connettori metallici di shunt ventricolo-peritoneali, filtri vascolari, stent e spirali metalliche ferromagnetiche ( entro sei settimane dall'impianto ) , dispositivi endocorporei ad attivazione magnetica o elettrica (neurostimolatori, stimolatori di crescita ossea, pompe per infusione continua di farmaci, sfinteri e impianti oculari magnetici)

### Situazioni particolari

In presenza di una delle seguenti situazioni particolari, l'effettuazione dell'indagine di Risonanza magnetica viene valutata caso per caso dal Neuroradiologo o Radiologo:

1. stato di gravidanza
2. claustrofobia
3. turbe della termoregolazione
4. presenza di corpi estranei metallici in sede non nobile
5. attività lavorativa, in qualità di tornitore, saldatore, carrozziere ecc.
6. incidenti di caccia, ferite di guerra ecc.
7. interventi chirurgici che hanno interessato collo, addome, torace, arti
8. paziente portatore (con) di anemia falciforme
9. paziente portatore di pompe da infusione di farmaci
10. paziente portatore di corpi intrauterini
11. paziente portatore di: protesi metalliche, valvole cardiache, placche, viti, fili, chiodi, distrattori della colonna e simili impianti chirurgici ferromagnetici

### Preparazione all'esame

Prima dell'esame occorre togliere eventuali:

- lenti a contatto, apparecchi per l'udito, protesi dentarie mobili, cinti sanitari, busti, parrucche;
- fermagli per capelli, mollette, occhiali, gioielli, orecchini, piercing, orologi, carte di credito e ogni scheda magnetica, monete, chiavi e ogni oggetto metallico in genere;
- ogni indumento dotato di ganci, automatici, bottoni metallici, cerniere lampo, ferretti, punti metallici (come quelli applicati in tintoria);
- accuratamente ogni cosmetico dal volto;
- se possibile, tatuaggi contenenti pigmenti metallici (possono provocare irritazione della pelle).

Spesso l'esame richiede l'iniezione in vena di un mezzo di contrasto, ovvero una sostanza che rende più evidenti alcune parti del corpo ai campi magnetici (sostanza paramagnetica). Questa sostanza di norma non determina inconvenienti ma, come ogni farmaco, può raramente provocare reazioni (es. reazione allergica).

Per presa visione Il Paziente (o Legale Rappresentante) \_\_\_\_\_

## QUESTIONARIO ANAMNESTICO E CONSENSO INFORMATO PER ESAMI RM

La / Il Sig. \_\_\_\_\_ nata/o il \_\_\_\_\_  
peso \_\_\_\_\_ inviata/o da \_\_\_\_\_ regione da esplorare

presenta controindicazioni assolute che non consentono di effettuare la Risonanza Magnetica

SI     NO

*in caso affermativo specificare quali:*

- paziente portatore di protesi del cristallino con anse di titanio o platino
- paziente portatore di schegge o frammenti metallici in sede oculare, viscerale, intracranica
- paziente portatore di pace-maker cardiaco
- paziente portatore di clip chirurgiche vascolari, impianti auricolari metallici, catetere di Swan- Ganz, elettrodi endocorporei, connettori metallici di shunt ventricolo-peritoneali, filtri vascolari, stent e spirali metalliche, dispositivi endocorporei ad attivazione magnetica o elettrica (neurostimolatori, stimolatori di crescita ossea, pompe per infusione continua di farmaci, sfinteri e impianti oculari magnetici)

Presenta situazioni particolari che richiedono la valutazione del medico (Neuroradiologo-Radiologo) per effettuare la Risonanza Magnetica :

SI     NO

*in caso affermativo specificare quali:*

- stato di gravidanza
- claustrofobia
- turbe della termoregolazione
- presenza di corpi estranei metallici in sede non nobile
- attività lavorativa in qualità di tornitore, saldatore, carrozziere ecc.
- incidenti di caccia, ferite di guerra
- interventi chirurgici che hanno interessato collo, addome, torace, arti (indicare quali e specificare se il paziente è noto portatore di protesi valvolare cardiaca o clip metalliche nonvascolari) \_\_\_\_\_

- paziente portatore (con) di anemia falciforme
- paziente portatore di pompe da infusione di farmaci
- paziente portatore di corpi intrauterini
- paziente portatore di: protesi metalliche, valvole cardiache, placche, viti, fili, chiodi, distrattori della colonna e simili impianti chirurgici ferromagnetici (indicare quali \_\_\_\_\_)

per ragioni cliniche motivate non è autorizzato l'impiego del mezzo di contrasto

*Il Medico responsabile dell'esecuzione esame/prestazione*  
FIRMA

Data \_\_\_\_\_

Il Paziente/Cittadino (o Legale Rappresentante)

Data \_\_\_\_\_

**Parte terza** (da compilarsi a cura del personale medico della U.O.C. Neuroradiologia - Radiologia)

**Richieste inappropriate.**

L'esame RM richiesto risulta inappropriato perché:

- A ) Non è specificato il quesito clinico
- B ) Vi sono motivi per definire l'esame RM non idoneo come prima metodica
- C ) Non vi sono indicazioni o sono presenti controindicazioni
- D ) Nel modulo di richiesta RM non è specificata la sintomatologia
- E ) Non vi è adeguata documentazione iconografica allegata alla richiesta

Relazione sintetica sugli esami alternativi da eseguire \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma  
Medico U.O.C Neuroradiologia-Radiologia

\_\_\_\_\_