

L'esame di Risonanza Magnetica non è dolorosa, né fastidiosa. Non impiega radiazioni ionizzanti, come i raggi X. Durante l'esame si sentono rumori ritmici, che dipendono dal funzionamento della macchina.

L'esame viene effettuato all'interno di un magnete e, pertanto, occorre rimuovere dal corpo tutte le parti metalliche (svuotare le tasche da monete o altro, verificare che non vi siano parti metalliche interne al corpo).

Per maggiore sicurezza, si prega di compilare il seguente questionario:

CONTROINDICAZIONE ASSOLUTA ALL'ESAME DI RISONANZA MAGNETICA

Portatori di Pace Makers. Il pace Maker si rompe durante l'esame di RM. I portatori di Pace Maker non possono eseguire l'esame.

È PORTATORE DI PACE MAKER (STIMOLATORE CARDIACO)? **NO** **SI**

CONTROINDICAZIONI RELATIVE ALL'ESAME DI RISONANZA MAGNETICA

Alcune protesi o altri materiali introdotti in interventi chirurgici o in corso di traumi, possono subire alterazioni in corso di esame.

È PORTATORE DI:

	No	Si		No	Si
Schegge metalliche interne al corpo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Protesi d'anca o di altre sedi ortopediche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Valvole cardiache artificiali?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Protesi del cristallino?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pompe per infusione di farmaci?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Impianti per l'udito?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Distrattori della colonna vertebrale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Protesi al silicone al seno?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ALTRE PRECAUZIONI GENERICHE

Lei potrebbe essere portatore, a sua insaputa, di parti metalliche interne al corpo o essere in condizioni per le quali può essere indicato **NON ESEGUIRE** l'esame di Risonanza Magnetica?

	No	Si		No	Si
Soffre di CLAUSTROFOBIA ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lavora o ha lavorato come saldatore?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se Donna: è in stato di GRAVIDANZA ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ha mai subito incidenti di caccia o	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se Donna: è portatrice di spirale uterina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	È stato vittima di traumi da esplosione?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha subito interventi chirurgici?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allatta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se si quali?			Ha già fatto altro esame RMN/TC con mezzo di contrasto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

È INOLTRE PREGATO DI RIMUOVERE:

Lenti da contatto rigide, apparecchi per l'udito, protesi dentarie mobili, cinta sanitaria, fermagli per capelli, mollette, occhiali, gioielli, orologi, carte di credito, o altre schede magnetiche, telefoni cellulari, coltelli tascabili, ferma soldi, monete, chiavi, ganci, automatici, bottoni metallici, spille, vestiti con lampo, pinzette metalliche, cerotti.

CONSENSO INFORMATO

L'esame al quale deve essere sottoposto secondo la richiesta dei suoi medici curanti, può comportare l'introduzione, per via venosa, di mezzi di contrasto paramagnetico, che consente, quando necessario, un approfondimento diagnostico. Il mezzo di contrasto, al cui impiego Ella deve dare il consenso, può raramente provocare qualche disturbo di scarsa entità: tipo orticaria a rapida risoluzione e facilmente controllabile.

Il Radiologo ed il personale sono a Sua disposizione per ogni chiarimento.

NOME E COGNOME**IN STAMPATELLO DEL PAZIENTE****FIRMA****DEL PAZIENTE PER PRESA VISIONE**

(o di chi ne fa le veci specificando la motivazione)