

*SC Radiologia*  
**MODULO INFORMATIVO E QUESTIONARIO PER ESAME  
CON RISONANZA MAGNETICA (RM)**

Fonte: Società italiana di **Radiologia** Medica e Interventistica (**SIRM**)

***Cos'è la Risonanza Magnetica?***

La Risonanza Magnetica (RM) è una tecnica diagnostica che **non utilizza radiazioni ionizzanti** o sostanze radioattive. La diagnostica mediante RM utilizza campi statici di induzione magnetica e onde elettromagnetiche a radiofrequenza (RF), simili alle onde radiotelevisive.

La Risonanza Magnetica di base si configura come un esame diagnostico non invasivo e in base alle conoscenze attuali, non comporta effetti biologici rilevanti su pazienti privi di controindicazioni e viene svolto in accordo alle norme e agli standard di sicurezza.

**Tuttavia è prudente non effettuare l'esame RM in pazienti di sesso femminile durante il primo trimestre di gravidanza.**

**A cosa serve?**

Viene utilizzata per la diagnosi di condizioni patologiche a carico dell'encefalo e della colonna vertebrale, dell'addome, pelvi, dei grossi vasi e del sistema muscolo-scheletrico (articolazioni, osso, tessuti molli).

***Come si effettua l'esame?***

L'esame non è doloroso né fastidioso. Il paziente è disteso su un lettino e in relazione al tipo di organo da studiare sono posizionate all'esterno del corpo le cosiddette "bobine" (fasce, casco, piastre, ecc.) sagomate in modo da adattarsi alla regione anatomica da studiare; queste non provocano dolore o fastidio essendo appoggiate all'esterno del corpo, ad eccezione delle bobine endorettali.

Durante l'esame sono udibili dei rumori ritmici di intensità variabile provocati dal normale funzionamento dell'apparecchio.

Può essere necessaria la somministrazione di un mezzo di contrasto paramagnetico per via endovenosa.

La durata dell'esame è di circa 30 minuti.

A seconda dell'esame richiesto di Risonanza Magnetica è possibile sia necessaria ai fini diagnostici la somministrazione di:

- Soluzioni/gel per via rettale o vaginale (es. nelle defecoRM, studio pavimento pelvico, studio di patologia della cavità uterina e/o vaginale)
- Prodotti farmaceutici per via endovenosa ipotonizzanti (es. Buscopan nello studio della pelvi) o diuretici (es. Lasix nelle uroRM)
- In alcuni casi è prevista l'introduzione nel corpo di bobine endogene.

***Cosa può succedere? Quali sono le eventuali complicanze?***

Raramente possono insorgere disturbi lievi come sensazione di claustrofobia, calore, prurito, affanno, palpitazioni o sensazione di malessere. In questi casi sarà possibile avvertire gli operatori utilizzando un apposito dispositivo di segnalazione che avrà a portata di mano durante tutto l'esame.

***Preparazione necessaria e raccomandazioni***

**I pazienti**, prima di essere sottoposti all'esame RM, **devono collaborare con il Medico al fine di una corretta compilazione del questionario anamnestico (pagina seguente)** utile ad escludere ogni possibile controindicazione all'esame stesso.

Si raccomanda quanto segue:

- depositare nello spogliatoio o negli appositi armadietti ogni oggetto metallico, ferromagnetico o di supporto magnetico (telefoni cellulari, monete, orologi, chiavi, orecchini, spille, gioielli, fermagli per capelli, tessere magnetiche, carte di credito, etc.)
- togliere eventuali protesi dentarie e apparecchi per l'udito
- togliere occhiali
- spogliarsi ed indossare l'apposito camice monouso fornito dal personale di servizio
- utilizzare la cuffia o gli appositi tappi auricolari forniti dal personale di servizio.

Si raccomanda di evitare di truccare il viso e di utilizzare la lacca per capelli poiché possono creare artefatti che riducono la qualità delle immagini.

**Durante tutto l'esame è necessario mantenere il massimo grado di immobilità, respirando regolarmente.**

Non è necessario interrompere eventuali terapie farmacologiche in corso (ad es. per l'ipertensione o il diabete).

Il questionario anamnestico ha lo scopo di accertare l'assenza di controindicazioni all'esame con Risonanza Magnetica e deve essere compilato dal Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame, avvalendosi delle risposte fornite dal paziente o dal tutore legale prima di essere sottoposto all'esame; qualora ritenga di poter escludere la presenza di eventuali controindicazioni all'esposizione ai rischi connessi all'esame RM, il Medico Responsabile dell'esame ne esprime l'autorizzazione all'esecuzione (Rif. D.M. 14.01.2021).

## QUESTIONARIO ANAMNESTICO PER ESAME CON RISONANZA MAGNETICA (RM)

Il sottoscritto, consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. N. 445/2000 e ss. mm. E ii, dichiara:

COGNOME: \_\_\_\_\_ NOME: \_\_\_\_\_

data di nascita: \_\_\_\_\_ peso (kg): \_\_\_\_\_

• Ha eseguito in precedenza esami con Risonanza Magnetica (RM)?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
• Ha avuto reazioni allergiche dopo mezzo di contrasto RM?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
• Soffre di insufficienza renale?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
• Soffre di claustrofobia?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
• Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
• Ha mai subito incidenti stradali o incidenti di caccia?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
• È stato vittima di traumi da esplosioni?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
• È in stato di gravidanza? Data ultime mestruazioni avvenute:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
• Ha subito interventi chirurgici su: testa: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO collo: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO torace: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO addome: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO estremità: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO altro:		
• È a conoscenza di avere uno o più dispositivi medici o corpi metallici all'interno del corpo?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
• È portatore di:		
- pace-maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
- schegge o frammenti metallici?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
- clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
- valvole cardiache?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
- stents?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
- defibrillatori impiantati?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
- distrattori della colonna vertebrale?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
- pompa di infusione per insulina o altri farmaci?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
- corpi metallici nelle orecchie o impianti per udito?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
- neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
- altri tipi di stimolatori?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
- corpi intrauterini?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
- derivazione spinale o ventricolare?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
- protesi dentarie fisse o mobili?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
- protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari), viti, chiodi, filo, ecc.?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
- altre protesi? Localizzazione:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
• Ritiene di poter avere protesi, apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe non esserne a conoscenza?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
• È affetto da anemia falciforme?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
• È portatore di protesi al cristallino?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
• È portatore di piercing? Localizzazione:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
• Presenta tatuaggi? Localizzazione:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
• Sta utilizzando cerotti medicali?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Data \_\_\_\_\_ FIRMA PAZIENTE \_\_\_\_\_

O FIRMA DELL'ESERCENTE LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE /TUTORE/CURATORE/AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO \_\_\_\_\_

FIRMA MEDICO RICHIEDENTE \_\_\_\_\_

### IL MEDICO RESPONSABILE DELL'ESAME RISONANZA MAGNETICA

Preso atto delle risposte fornite dal paziente ed espletata l'eventuale visita medica e/o ulteriori indagini diagnostiche preliminari

- AUTORIZZA L'ESECUZIONE DELL'INDAGINE RISONANZA MAGNETICA**  
 **NON AUTORIZZA L'ESECUZIONE DELL'INDAGINE RISONANZA MAGNETICA**

Data \_\_\_\_\_ FIRMA DEL RADIOLOGO \_\_\_\_\_