

RISONANZA MAGNETICA

INFORMAZIONE E CONSENSO DELL'ESAMINANDO

L'esame non comporta l'impiego di raggi X, nè di sostanze radioattive. Vengono utilizzati un campo magnetico statico molto intenso e onde elettromagnetiche a radiofrequenza del tutto analoghe a quelle delle trasmissioni radiotelevisive che in alcuni casi possono produrre effetti indesiderati. L'indagine non è assolutamente dolorosa. Lei dovrà mantenere per un tempo di 10 minuti circa -durata media di ogni singolo esame- la massima immobilità al fine di consentire la migliore riuscita tecnica. Sentirà un rumore ritmico provocato dal normale funzionamento dell'apparecchiatura. La preghiamo, quindi, di rimanere tranquillo per tutta la durata dell'esame. Nella sala comando è comunque sempre presente il personale addetto: non abbia timore di chiamarlo mediante l'interfono, se ne sentirà la necessità. In alcuni casi è necessario completare l'indagine con un mezzo di contrasto per via endovenosa.

Per effettuare l'esame occorre togliere:

cosmetici dal volto, lenti a contatto, apparecchi per l'udito, dentiere, fermagli per capelli, mollette, occhiali, gioielli, orologi, carte di credito o schede magnetiche, ferma-soldi, monete, chiavi, ganci, spille, cerniere lampo, e qualsiasi oggetto metallico.

Al fine di escludere l'insorgenza di effetti indesiderati, dichiarare se è portatore di:

Protesi del cristallino?	Apparecchi uditivi?	Neurostimolatori?	Deviazioni spinali?
Clips su aneurismi?	Valvole cardiache?	Pompe per infusione?	Pace-Maker?
Distrattori colonna vertebrale	Dispositivi intrauterini?	Protesi metalliche?	Protesi dentarie fisse?

In questi casi è necessario un certificato che attesti la compatibilità dei materiali con il campo magnetico

Avvisi il medico se:

Soffre di claustrofobia - è in stato di gravidanza - ha subito interventi chirurgici - ha schegge metalliche - ha lavorato come tornitore, saldatore, carrozziere - ha subito incidenti stradali - ha subito incidenti di caccia - è stato vittima di traumi da esplosione - è affetto da anemia falciforme - è affetto da insufficienza renale grave.

Dichiaro di aver informato il medico circa gli argomenti sopra esposti e di essere stato adeguatamente informato sulle modalità di esecuzione dell'esame.

Data _____ Firma dell'esaminando _____

Firma del medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame _____

RIFIUTO: Dopo essere stato informato delle finalità e modalità di esecuzione dell'esame, **decido di non effettuarlo.**

Data _____ Firma dell'esaminando _____