



data di emissione: 22/06/2021	redatto da TSRM:	verificato da RMG:	approvato DIS:
nome file:			

## MODULO DI CONSENSO INFORMATO PER ESECUZIONE DI ESAME DI RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE A PAZIENTI IN STATO DI GRAVIDANZA

Io sottoscritta \_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ abitante a \_\_\_\_\_

sono stata inviata al Centro diagnostico dell'Istituto Iperbarico, con la richiesta del mio Medico curante di effettuare un esame con Risonanza magnetica per accertare eventuali sospetti di situazioni patologiche a carico del mio organismo.

Il Medico radiologo ha confermato la opportunità di praticare l'esame richiesto pur essendo la sottoscritta in stato di gravidanza.

Sono stata messa al corrente che la Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) é considerato a tutt'oggi, come l'ecografia, una procedura di indagine diagnostica immune da rischi.

Si tratta infatti di un esame che fornisce immagini ad alta risoluzione sfruttando il segnale proveniente dai tessuti sottoposti a due tipi di stimolazioni: da una parte un **campo magnetico** (l'equivalente di una grossa calamita); dall'altra onde elettromagnetiche di frequenza pari a quella delle onde radio (**radiofrequenze**). Né l'una (la calamita) né tanto meno l'altra stimolazione (le radiofrequenze) sono note per essere in alcun modo nocive all'organismo umano. Con le radiofrequenze infatti conviviamo abitualmente (la radio di casa funziona captando nell'aria onde dei tutto identiche a quelle usate per la RM). Anche per le calamite, per quanto non abbiamo forse con esse (e comunque non alla stessa intensità), un rapporto altrettanto frequente, non c'è fondato motivo di pensare che possano essere lesive.

A queste considerazioni si aggiunge il fatto che, a 15 anni circa dall'introduzione della RM nella pratica clinica quotidiana, non sono note nella letteratura scientifica segnalazioni di casi di effetti lesivi ad essa collegabili.

Inoltre eventuali altri esami diagnostici in alternativa alla RM sarebbero più lunghi e non scevri di rischi, senza avere la medesima affidabilità.

Per questi motivi l'esame viene praticato, salvo specifiche controindicazioni legate alla eventuale presenza di apparecchi, protesi o corpi estranei di metallo (come dall'accluso allegato), senza alcun problema a tutti i pazienti.

Ragioni di scrupolosa sicurezza hanno tuttavia indotto fino ad oggi a evitare il più possibile l'esecuzione dell'esame a pazienti in stato di gravidanza e, sebbene non vi sia alcun motivo di pensare che l'esame possa essere nocivo sull'embrione o sul feto quando non lo é sull'organismo formato, non sono tuttavia disponibili dati di letteratura che abbiano statisticamente comprovato la sua innocuità anche in tali casi.

Pertanto la sottoscritta, dopo aver avuto le idonee informazioni dal Medico specialista, che mi ha anche chiarito i motivi per dare la preferenza alla RM rispetto ad altre metodiche, ritiene di essere stata adeguatamente messa al corrente delle domande che ho avanzato, per cui non ho altro da chiedere.

**ISTITUTO IPERBARICO - VILLAFRANCA - VR**titolo: *CONSENSO INFORMATO ESAME DI RISONANZA MAGNETICA IN GRAVIDANZA*Pag. 2  
di 3

data di emissione: 22/06/2021

redatto da TSRM:

verificato da RMG:

approvato DIS:

nome file:

In definitiva io sottoscritto.....dichiaro che, nella piena facoltà di intendere e di volere, ascoltato il parere dei medici, e avute le dovute informazioni riguardo alla natura della procedura e ai rischi connessi

**ACCONSENTO****NON ACCONSENTO**

a sottopormi all'esame di Risonanza magnetica nucleare (RMN)

In fede

.....

Villafranca di Verona li \_\_\_\_\_

**QUESTIONARIO PER PAZIENTI CHE SI SOTTOPONGONO A RMN**

Si prega di rispondere con attenzione ai seguenti quesiti:

- |  |    |    |
|--|----|----|
| - Ha eseguito in precedenza esami RM?  | SI | NO |
| - Ha avuto reazioni allergiche dopo somministrazione del mezzo di contrasto? | SI | NO |
| - Soffre di claustrofobia?   | SI | NO |
| - Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere?         | SI | NO |
| - Ha mai subito incidenti stradali o incidenti di caccia?                    | SI | NO |
| - E' stato vittima di traumi da esplosioni?                                  | SI | NO |
| - Ultime mestruazioni avvenute il _____                                      |    |    |
| - Ha subito interventi chirurgici?   | SI | NO |

Localizzazione:

testa ..... addome .....

collo ..... estremità .....

torace .....

altri.....

- |  |    |    |
|--|----|----|
| - E' a conoscenza di avere uno o più dispositivi medici o corpi metallici all'interno del corpo? | SI | NO |
| - E' portatore di Pace-maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci?                         | SI | NO |
| - E' portatore di schegge o frammenti metallici?   | SI | NO |
| - E' portatore di Clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello?                          | SI | NO |
| - E' portatore di Valvole cardiache?   | SI | NO |
| - E' portatore di Stent?   | SI | NO |
| - E' portatore di defibrillatori impiantati?   | SI | NO |

**ISTITUTO IPERBARICO - VILLAFRANCA - VR**



titolo: *CONSENSO INFORMATO ESAME DI RISONANZA MAGNETICA IN GRAVIDANZA*

Pag. 3  
di 3

<i>data di emissione: 22/06/2021</i>	<i>redatto da TSRM:</i>	<i>verificato da RMG:</i>	<i>approvato DIS:</i>
<i>nome file:</i>			

- E' portatore di distrattori della colonna vertebrale? SI NO
- E' portatore di Pompa di infusione per insulina o altri farmaci? SI NO
- E' portatore di Corpi metallici nelle orecchie o impianti per l'udito? SI NO
- E' portatore di Neurostimolatori, elettrodi impiantati per cervello o subdurali? SI NO
- E' portatore di altri tipi di stimolatori? SI NO
- E' portatore di corpi intrauterini? SI NO
- E' portatore di Derivazione spinale o ventricolare? SI NO
- E' portatore di Protesi dentarie fisse o mobili? SI NO
- E' portatore di Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, ecc.) viti, chiodi, filo, ecc? SI NO
- E' portatore di altre protesi? SI NO
- Localizzazione: \_\_\_\_\_
- Ritiene di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe NON esserne a conoscenza? SI NO
- Informazioni supplementari:  
\_\_\_\_\_
- E' affetto da anemia falciforme? SI NO
- E' portatore di Protesi del cristallino? SI NO
- E' portatore di piercing? SI NO
- Presenza di tatuaggi? SI NO
- Localizzazione: \_\_\_\_\_
- Sta utilizzando cerotti medicali? SI NO

**Per effettuare l'esame RM occorre rimuovere:**

eventuali lenti a contatto - apparecchi per l'udito - dentiera - corone temporanee mobili - cinta erniaria - fermagli per capelli - mollette - occhiali - gioielli - orologi - carte di credito o altre schede magnetiche - coltelli tascabili - ferma soldi - monete - chiavi - ganci - automatici - bottoni metallici - spille - vestiti con lampo - calze di nylon - indumenti in acrilico - pinzette metalliche - punti metallici - limette - forbici - altri eventuali oggetti metallici.

Prima di sottoporsi all'esame si prega di asportare cosmetici dal viso.

**IL MEDICO RESPONSABILE DELL'ESECUZIONE DELL'ESAME RM** preso atto delle risposte fornite dal paziente ed espletata l'eventuale visita medica e/o ulteriori indagini diagnostiche preliminari

**AUTORIZZA l'esecuzione dell'indagine RM**

Firma del Medico

Data

.....

.....