

**ISTITUTO RADIOLOGICO GORTAN**

dr. G.B. Bellis S.A.S.  
via Beccaria, 8, 34133 Trieste  
tel. 040361721

**SCHEMA INFORMATIVA PER IL CONSENSO  
ALL'ESAME DI RISONANZA MAGNETICA TOTAL BODY**

L'indagine di risonanza magnetica (RMN) non prevede l'uso di radiazioni ionizzanti (raggi X) o di sostanze radioattive; vengono utilizzati solamente un intenso campo magnetico e onde di radiofrequenza analoghe a quelle delle trasmissioni radiotelevisive e, alle conoscenze attuali, è esente da rischi.

L'indagine non è dolorosa né fastidiosa; la sua durata è di circa 30 minuti. Tuttavia in alcuni casi il campo magnetico potrebbe produrre effetti indesiderati; si prega perciò, al fine di escludere l'insorgere di tali effetti, di leggere attentamente questa scheda, di rispondere a tutte le domande indicate nella seconda pagina e di firmarla in segno di consenso libero ed informato.

Durante l'esame il paziente sentirà un rumore dovuto al funzionamento dell'apparecchio e dovrà restare tranquillo e immobile per tutto il tempo, al fine di consentire informazioni diagnostiche della migliore qualità: ogni minimo movimento può pregiudicare il risultato!

L'indagine può comunque essere sospesa senza danni in qualunque momento.

***Sono esclusi dall'indagine RMN con la nostra apparecchiatura i pazienti portatori di:***

- pacemaker cardiaco,
- clips metalliche vascolari o oculari,
- pompe di infusione per insulina o altri farmaci e neurostimolatori,
- schegge o frammenti metallici intraoculari e in adiacenza di strutture vascolari.

Dovranno essere attentamente valutati di volta in volta:

- presenza di protesi metalliche ortopediche,
- importanti schegge o frammenti metallici in sede diversa da quelle prima citate,
- stato di gravidanza,
- pregressi interventi chirurgici.

Si raccomanda di presentare la documentazione clinica, radiologica e strumentale relativa ad accertamenti precedentemente eseguiti, anche in altre sedi.

Per qualsiasi ulteriore chiarimento il personale medico è a disposizione del paziente.  
**SI RACCOMANDA ALLE SIGNORE DI NON USARE IL RIMMEL SUGLI OCCHI IL GIORNO DELL'ESAME**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

PRESE VISIONE DELLE CONTROINDICAZIONI SOPRA ELENCAE DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA' QUANTO SEGUE

## QUESTIONARIO PER L'ESECUZIONE DI ESAME RMN

- 1 **QUANTO PESA?** KG .....
- 2 **E' IN STATO DI GRAVIDANZA?** NO SI'
- 2 **SOFFRE DI CLAUSTROFOBIA?** NO SI'
- 4 **HA SUBITO INTERVENTI CHIRURGICI A LIVELLO DI**
- TESTA – COLLO NO SI'
- TORACE NO SI'
- ADDOME NO SI'
- SPECIFICARE DOVE .....
- ARTI NO SI'
- SPECIFICARE DOVE .....
- ALTRO NO SI'
- SPECIFICARE DOVE .....
- 5 **E' PORTATORE DI**
- **PACE MAKER CARDIACO, ALTRO CATETERE**
- O VALVOLE CARDIACHE?** NO SI'
- **PUNTI METALLICI (CLIPS A LIVELLO DI**
- ARTERIE, AORTA O ENCEFALO?** NO SI'
- PROTESI (DISTRATTORI) DELLA COLONNA
- VERTEBRALE? NO SI'
- POMPE DI INFUSIONE PER INSULINA O ALTRI
- FARMACI? NO SI'
- CORPI METALLICI ALL'ORECCHIO O ALTRI
- IMPIANTI PER L'UDITO? NO SI'
- NEUROSTIMOLATORI, ELETTRODI IMPIANTATI
- A LIVELLO ENCEFALO O A LIVELLO
- SUBDURALE NO SI'
- CATETERI SPINALI O VENTRICOLARI
- pregresso idrocefalo, catetere di Schwan-Ganz NO SI'
- PROTESI METALLICHE , VITI, CHIODI O FILI
- (PER INTERVENTI ORTOPEDICI) NO SI'
- PRECISARE DOVE .....
- PROTESI DENTARIE FISSE O MOBILI NO SI'
- PROTESI DEL CRISTALLINO NO SI'
- SCHEGGE O FRAMMENTI METALLICI NO SI'
- IUD (SPIRALE ENDOMETRIALE) NO SI'

**Il/la sottoscritto/a conferma di avere risposto a tutti i quesiti sopra indicati, dichiara di essere esaurientemente informato/a in merito all'indagine RMN da eseguire ed esprime il proprio consenso alla sua esecuzione,**

data \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL MEDICO RESPONSABILE**

.....