

La Risonanza Magnetica è una metodica di indagine che utilizza un campo magnetico intenso e onde elettromagnetiche e radiofrequenza. E' un esame non invasivo in quanto non sono impiegati nè raggi X nè sostanze radioattive. L'esame RM in base alle conoscenze attuali, non comporta effetti biologici rilevanti sui pazienti privi di controindicazioni e viene svolto in accordo alle norme e agli standard di sicurezza.

L'esame è complesso e molto costoso e deve essere prescritto in conformità a precise indicazioni. Al Medico Radiologo spetta il giudizio di correttezza della richiesta di indagine. L'elevata intensità del campo magnetico esercita, come una potente calamita, una forte attrazione su materiali ferromagnetici di cui Lei può essere portatore (come per esempio schegge o punti di sutura metallici), potendo creare effetti indesiderati. L'attenta compilazione del questionario che riceverà, ha la funzione di prevenire tali evenienze.

E' prudente escludere dalla RM le gestanti, in particolare nel primo trimestre di gravidanza, anche se non è stata comprovata la sensibilità dell'embrione ai campi magnetici e di radiofrequenza utilizzati per tali indagini.

L'indagine di RM può richiedere un tempo variabile da 20 a 50 minuti, durante i quali Le chiediamo di mantenere l'assoluta immobilità. Atti fisiologici come: tossire, starnutire, movimenti anche piccoli possono danneggiare la qualità dell'esame. La respirazione regolare e la deglutizione della saliva non disturbano l'esame.

Durante l'esame la macchina provocherà un rumore ritmico diverso a seconda del tipo di sequenza, causato dal normale funzionamento dell'apparecchiatura RM. Le condizioni di ventilazione, illuminazione e temperatura sono tali da assicurare il massimo comfort e ridurre possibili effetti claustrofobici. Nella sala comando è sempre in contatto vocale e visivo con gli operatori che eseguono un controllo costante durante tutta la fase di esame. In caso di insorgenza di disturbi come sensazione di claustrofobia, calore, affanno, palpitazioni o svenimento è opportuno che il paziente avverta quanto prima, utilizzando l'interfono, gli operatori presenti in sala comandi.

Qualora richiesto dal Medico Curante le verrà effettuata una iniezione endovenosa (in alcuni esami intraarticolare) di una sostanza a base di Gadolinio, detta "mezzo di contrasto". Senza tale somministrazione le possibilità diagnostiche sono ridotte in misura più o meno marcata. Al riguardo La informiamo che le caratteristiche di tali farmaci "permettono tranquillità di impiego, pur tenendo in considerazione i rischi generici di ipersensibilità, caratteristici di ogni formulazione iniettabile" (Circolare del Ministero della Sanità 900.VI/11.AG./642 del 17.09.97). Per tale motivo è necessario che prima dell'esame con mezzo di contrasto il paziente compili il modulo "consenso informato" che Le verrà proposto.

La somministrazione dei mezzi di contrasto a base di Gadolinio per via endovenosa è controindicata in caso di insufficienza renale, nelle donne in stato di gravidanza e nei bambini di età inferiore a un anno.

La invitiamo inoltre a lasciarci in visione la documentazione radiologica, la descrizione di eventuali interventi subiti (foglio di dimissioni ospedaliero), in caso di visite specialistiche il certificato da loro rilasciato e comunque tutta la documentazione attinente all'esame da effettuare (tutti elementi di fondamentale importanza per una corretta interpretazione diagnostica).

L'esame di **Risonanza Magnetica** è, alla luce di quanto spiegatoLe, secondo le conoscenze attuali, innocuo. Alcune situazioni particolari possono tuttavia rapprensetare controindicazioni assolute o relative all'esame di Risonanza Magnetica ed è pertanto necessario segnalare l'esistenza mediante la compilazione del seguente questionario. Per effettuare l'esame occorre togliere: lenti a contatto, apparecchi per l'udito, dentiera, protesi dentarie mobili, fermagli per capelli, mollette, occhiali, gioielli, orologio, carte di credito o altre schede magnetiche, coltelli tascabili, monete, chiavi, ganci, bottoni metallici, spille, vestiti con lampo, tutti gli oggetti metallici e ci cosmetici dal viso.

Controindicazioni assolute che **precludono** l'esecuzione dell'esame:

- pacemaker o defibrillatore interno (ad eccezione, previo parere del Cardiolo, di quelli Rm compatibili) SI NO
- protesi dotate di circuiti elettronici, eccetto quelli RM compatibili cocleari (orecchio interno)* SI NO
- neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali SI NO
- protesi oculari magnetiche SI NO
- clips vascolari o schegge in materiale ferromagnetico SI NO

Controindicazioni relative che necessitano di una **valutazione medica**

- clip vascolari cerebrali (aneurisma)* SI NO
- protesi dentaria fissa o mobile SI NO
- protesi o viti ortopediche (per pregresse fratture, interventi correttivi, viti, chiodi ecc)* SI NO
- protesi al cristallino* SI NO
- protesi otologiche (orecchio medio)* SI NO
- espansori mammari SI NO
- protesi valvolari cardiache* SI NO
- ritiene di non poter avere altre protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe NON esserne a conoscenza? dove? SI NO
- distrattori della colonna SI NO
- derivazione spinale e ventricolare SI NO
- impianti oculari(molle palpebrali, punti retinici)* SI NO
- punti metallici da pregresso intervento chirurgico SI NO
- filtri vascolari, stents SI NO
- spirale intrauterina (IUD)* SI NO
- tatuaggi estesi SI NO
- piercing localizzazione:..... SI NO
- pompa di infusione per insulina o altri filtri SI NO
- anemia falciforme SI NO
- gravidanza in atto o presunta (data ultima mestruazione.....) SI NO
- allergie (farmaci, mezzi di contrasto, ecc) SI NO
- ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere SI NO
- ha mai subito incidenti stradali, incidenti di caccia, traumi da esplosioni SI NO
- claustrofobia SI NO

*in caso di risposta affermativa è necessario fornire documentazione di compatibilità magnetica da parte della struttura che ha effettuato l'intervento

Ha subito interventi chirurgici? Quali?

Testa Addome
 Collo Estremità
 Torace Altri

SANITARIO RESPONSABILE DELLA COMPILAZIONE

Profilo Professionale: Firma: Data:

IL MEDICO RESPONSABILE DELL'ESAME RM

preso atto delle risposte fornite dal paziente ed espletata l'eventuale visita medica AUTORIZZA L'ESECUZIONE DELL'INDAGINE RM

Firma del medico responsabile dell'esame RM: Data:

IL PAZIENTE

Dichiaro di essere stato sufficientemente informato sui rischi e le controindicazioni all'esposizione ai campi elettromagnetici generati dall'apparecchiatura RM, dichiaro di aver collaborato nel modo ottimale alla compilazione del questionario anamnestico ed acconsento all'esecuzione dell'esame.

FIRMA DEL PAZIENTE Data:

NOME E COGNOME:.....

Compilare con la massima attenzione il seguente questionario

La invitiamo inoltre a lasciarci in visione la documentazione radiologica, la descrizione dell'intervento/i subito/i e il certificato rilasciato dallo specialista ortopedico (tutti elementi di fondamentale importanza per una corretta interpretazione diagnostica).

- Vi sono stati traumi?
 Passati (indichi la data e l'accaduto).....

 Recenti (indichi la data dell'accaduto).....

Si è verificata una o più lussazione? (per lussazione si intende la spalla che "esce dalla sua normale sede e rimane fuori posto) SI NO

- Si è verificata più di una lussazione può indicarci quanti episodi e in che anni?.....

- Quanti episodi di lussazione si sono verificati nell'ultimo anno?
- Da quanto tempo ha problemi o dolore alla spalla: giorni, mesi o anni?
- Che tipo di cure sono state effettuate?
 Antinfiammatori, antidolorifici o antibiotici).....

Ionoforesi, ultrasuoni o altro.....
 Bendaggio o gesso.....per quanti giorni?.....

- Ha subito interventi chirurgici?
 Artroscopia.....o artrotomia (con il classico taglio)

Quando è stato effettuato l'intervento?.....

Se non ha con se o avesse smarrito il foglio descrittivo dell'intervento, descriva cosa le è stato fatto (es: mi hanno ricostruito la cuffia dei rotatori, mi hanno messo una vite per rendere più stabile la spalla che andava spesso fuori posto ecc.)

Ci sono state complicanze (infezioni) post- intervento? SI NO

- Ha effettuato precedenti esami radiologici?
- | | | |
|---------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Radiografie | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Ecografie | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| TAC | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Risonanza Magnetica | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

SINTOMI:

Ha dolore quando muove la spalla? SI NO

Ha dolore anche di notte? SI NO

Quali di questi movimenti esegue con dolore:

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| Pettinarsi | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Portare il braccio dietro la schiena | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Prendere un oggetto al di sopra della testa | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

Data:

Firma