

MODULO DI INFORMAZIONE E CONSENSO PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI DI RM

Cognome e nome _____

nato/a il ____/____/____ a _____

Che cos'è la risonanza magnetica?

La risonanza magnetica è una metodica diagnostica che non utilizza radiazioni ionizzanti o sostanze radioattive, ma campi magnetici e onde elettromagnetiche a radiofrequenza, come quelle di radio, televisioni e telefoni cellulari.

Tutti possono fare l'esame?

No, vi sono dei criteri di possibile esclusione che verranno valutati dal Medico Radiologo responsabile dell'esame una volta presa visione dell'apposito questionario compilato. Alcune possibili motivazioni potranno essere la presenza di dispositivi impiantati di tipo elettrico, oggetti ferromagnetici impiantati, donne in gravidanza e pazienti affetti da scompensi cardiaci.

Perché fare la risonanza magnetica?

Perché è uno strumento molto efficace anche nella diagnosi precoce e nella prevenzione. Inoltre, a differenza di altre tecniche, è possibile ripetere l'esame anche a distanza ravvicinata di tempo.

L'esame è doloroso?

No, durante l'esecuzione della risonanza magnetica non si prova dolore.

In che cosa consiste l'esame?

Il paziente si dispone sul lettino e deve restare immobile, con la parte del corpo interessata dall'esame sotto l'area d'azione del magnete, per tutta la durata del tempo di acquisizione. A causa dell'influenza ed interferenza che il campo magnetico esercita su alcuni elementi metallici, in funzione dell'esame prescritto e del tipo di apparecchiatura utilizzata, può rendersi necessario che il paziente: non indossi alcun oggetto metallico; tolga gli indumenti che potrebbero interferire con l'esame, se muniti di sistemi di chiusura metallici; rimuova dal viso tutti i prodotti cosmetici; tolga le lenti a contatto e rimuova le protesi mobili dentali.

✕ ✕ ✕

La/Il sottoscritta/o, in base a precedenti valutazioni mediche, intende sottoporsi ad accertamenti diagnostici che prevedono l'esecuzione di una risonanza magnetica.

A tal proposito, dichiara di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente sull'esame RM e sui rischi ad esso connessi.

Acconsente liberamente, spontaneamente e in piena coscienza l'atto sanitario proposto.

Data _____

Firma _____ Firma del medico/TSRM _____