

NOTA INFORMATIVA E QUESTIONARIO SULL'ESAME A RISONANZA MAGNETICA (ESAME RM)

Informazioni

La risonanza magnetica (RM) è una tecnica di indagine diagnostica che consente di rappresentare immagini del corpo, fornendo informazioni supplementari in particolari applicazioni. Non impiega radiazioni ionizzanti (raggi X) e l'informazione viene ottenuta attraverso l'eccitazione con impulsi ad alta frequenza (radioonde) in un campo elettromagnetico ad elevata intensità e attraverso la captazione con antenne ad alta sensibilità (dette bobine).

Come si svolge l'esame e cosa deve fare il paziente

Il paziente è pregato di spogliarsi nella cabina secondo le istruzioni dei tecnici di radiologia. Per l'esame viene fatto sdraiare comodamente su un tavolo e introdotto nella macchina a forma cilindrica. A volte può essere necessaria un'iniezione in vena (praticata sul braccio) per evitare eventuali movimenti intestinali o per migliorare il contrasto dell'immagine. Durante l'esame il paziente deve rimanere rilassato e calmo sul tavolo, senza farsi impressionare dai rumori della macchina. A volte si riesce anche a dormire durante l'esame.

Il paziente è sempre collegato con noi attraverso un citofono e, all'occorrenza, può contattarci. In questo modo anche noi possiamo mantenere il contatto in ogni momento con lui.

Precauzioni e questionario

Affinché l'esame possa svolgersi nella massima sicurezza, è necessario adottare alcune precauzioni. Il paziente è pregato perciò di rispondere alle seguenti domande, confermando la veridicità della risposta con la sua firma.

Prima di entrare nella zona con campo elettromagnetico ad alta intensità deve togliere obbligatoriamente i seguenti oggetti dal corpo:

occhiali, apparecchi acustici, gioielli, orologi, portamonete e denaro, indumenti con chiusure lampo, carte di credito, chiavi, fermagli per capelli, corsetti con elementi in metallo, reggiseno.

Patientenetikette

Altezza: _____ Peso: _____

Barrare la risposta con una

È attualmente incinta?	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Ha lavorato in luoghi in cui ha potuto venire in contatto con schegge metalliche?	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Ha fatto un tatuaggio negli ultimi tre mesi	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Ha subito operazioni? Se sì, in quali parti del corpo? Che tipo di operazione?	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Sa se nel suo corpo sono presenti corpi estranei metallici? Se sì, che tipo di materiale e per quale motivo?	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Ha subito un impianto di pacemaker, pompa insulinica, stimolatore nervoso o altri ausili medici di questo tipo? Se sì, quale precisamente?	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Porta un apparecchio acustico?	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Prende dei medicinali anticoagulanti? (Marcumar, Aspirin)?	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Soffre di una disfunzione renale?	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Soffre di allergie? Se sì quali?	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Data: _____

Firma del paziente: _____

Firma MTRA: _____

