

**E.O. Ospedali Galliera**  
S.C. di Neuroradiologia

**RM**

- ENCEFALO
- TRONCO
- RACHIDE
- CERVICALE
- DORSALE
- LOMBO-SACRALE  
(Barrare la casella)

Cognome e Nome..... Provenienza .....

Data di nascita..... N°.....

Il paziente è: autonomo.....barellato.....

è collaborante: sì.....no.....; necessita di anestesia.....sedazione.....

Sospetto Clinico: .....

Quadro clinico attuale e  
di diagnosi all'ingresso: .....

.....

.....

Precedenti TC: .....Data.....N° Archivio.....Referto = .....

.....

RM: .....Data.....N° Archivio.....Referto = .....

.....

Indicazioni all'esame: .....

---

A cura del Medico richiedente: Dichiaro di aver informato il paziente sul tipo di esame e sugli ipotetici rischi e di avergli proposto il questionario allegato in relazione alle controindicazioni e limitazioni per l'esecuzione dell'esame.

TABELLE: VEDI DOPO

DATA.....

**TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO RICHIEDENTE  
CHE HA RACCOLTO IL CONSENSO GENERICO**

---

**TABELLA 1: CONTROINDICAZIONI ASSOLUTE ALLA RM**

- Clip ferromagnetiche vascolari
- Pace-maker cardiaco
- Catetere di Swan-Ganz
- Elettrodi endocorporei
- Impianti coleari (alcuni tipi)
- Protesi stapediale metalliche

- Connettori metallici di shunt ventricolo-peritoneale
- Filtri vascolari, stent e spirali metalliche
- Dispositivi endocorporei ad attivazione magnetica o elettrica (neurostimolatori, stimolatori di crescita ossea, pompe per infusione continua di farmaci, sfinteri ed impianti oculari magnetici)
- Protesi del cristallino con anse di titanio o platino
- Corpi estranei ferromagnetici in sede nobile (intracranica, endoculare o vascolare)

**TABELLA 2: CONTROINDICAZIONI RELATIVE ALLA RM**

- Gravidanza (soprattutto il primo trimestre)
- Turbe della termoregolazione
- Protesi vascolari cardiache
- Clips metalliche non vascolari
- Corpi estranei ferromagnetici in sede nobile

**TABELLA 3: CONDIZIONI POTENZIALMENTE LIMITANTI LE INDAGINI RM**

- Protesi o dispositivi metallici non suscettibili di significativi effetti magnetomeccanici o termici, ma che creino artefatti sulle immagini o che impediscano una perfetta immobilità del paziente (dispositivi metallici ferromagnetici adiacenti o compresi nella regione d'esame, ad esempio grosse protesi dentarie fisse, protesi ortopediche ecc.)
- Piccole particelle metalliche provenienti da strumenti chirurgici
- Derivazioni ventricolo-peritoneali ferromagnetiche
- Fili metallici di sutura post-carniotomia o post-sternotomia
- Prodotti cosmetici per ciglia
- Movimenti involontari patologici
- Problemi di natura psichica (ansia e claustrofobia; psicosi)
- Impossibilità di mantenere la prolungata posizione clinostatica (tomografi a RM non dedicati), più frequentemente dovuta a problemi cardiorespiratori o a deformità rachidee
- Pazienti non collaboranti

(Aggiornamento FM 1:1995)

Il paziente reso edotto della indicazione clinica all'esame, della natura, tipo e metodica dell'esame stesso dal Medico richiedente, dà il proprio consenso motivato e consapevole all'esecuzione dell'indagine e dichiara di avere preso visione delle tabelle sopra elencate e di non rientrare in ALCUNA delle categorie indicate nelle tabelle (1) e (2) ovvero di segnalare chiaramente nello spazio sottostante l'eventuale presenza di uno o più elementi citati nella tabella (3):

Consenso per il trattamento dei dati personali (Legge 31/12/1996 n° 675)

FIRMA DEL PAZIENTE O DI CHI NE FA LE VECI:

**E.O. OSPEDALI GALLIERA, GENOVA - S.C. DI NEURORADIOLOGIA**  
Esame di Risonanza Magnetica

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

L'esame a cui Lei verrà sottoposto utilizza un forte campo magnetico (2 Tesla) ed onde di radiofrequenza analoghe a quelle delle trasmissioni radio-televisive.

La Preghiamo pertanto di segnalare se:

- Soffre di claustrofobia SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- Hai mai lavorato come saldatore, tornitore, carrozziere SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- E' stato vittima di esplosioni SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- E' stato in gravidanza SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- (data ultimo ciclo mestruale: \_\_\_\_\_ ) SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- Ha subito interventi chirurgici (se si specificare sotto sede, data e tipo) SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- Testa \_\_\_\_\_
- Collo \_\_\_\_\_
- Torace \_\_\_\_\_
- Addome \_\_\_\_\_
- Estremità \_\_\_\_\_
- Altri (dettagliare) \_\_\_\_\_

E' portatore di:

- Schegge di frammenti metallici SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
  - Clips su aneurismi (vasi sanguigni) o nell'encefalo SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
  - Valvole cardiache, Pacemaker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
  - Distrattori della colonna vertebrale SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
  - Pompa di infusione per insulina o altri farmaci SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
  - Protesi del cristallino, corpi metallici nelle orecchie o impianti per l'udito SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
  - Neurostimolatori, elettroimpianti nel cervello o subdurali SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
  - Corpi intrauterini SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
  - Derivazione spinale o ventricolare SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
  - Protesi metalliche, viti, chiodi, filo per pregressi interventi articolari, fratture, ecc. SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- E' affetto da Anemia Falciforme SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
  - E' portatore di tatuaggi SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Per poter effettuare l'esame occorre:

- Togliere eventuali lenti a contatto, apparecchi per l'udito, dentiere, corone temporanee mobili, cinti sanitari
- Togliere fermacapelli, mollette, occhiali, orologi, carte di credito e schede magnetiche, coltelli tascabili, fermasoldi, monete, chiavi, ganci, bottoni metallici, spille, vestiti con lampo, pinzette, limette, forbici e qualsiasi altro oggetto metallico
- Pulire accuratamente il volto da ogni tipo di cosmetici

Le informazioni richieste servono per eseguire l'esame di Risonanza Magnetica in condizioni di sicurezza. L'esame non provoca dolore né fastidio. Lei dovrà solo mantenere il miglior grado di immobilità sul lettino per il tempo necessario a svolgere correttamente l'esame. Durante l'esame sentirà un forte rumore dovuto al normale funzionamento dell'apparecchio. Le condizioni di illuminazione e ventilazione sono regolate per il massimo confort. La invitiamo quindi a restare tranquillo/a per tutta la durata dell'esame che può variare ampiamente a seconda del tipo di indagine.

Al Medico curante \_\_\_\_\_

In conformità alla Nota Ministero Sanità del 17/9/1997 sulla utilizzazione dei mezzi di contrasto, è necessario conoscere le condizioni clinico-anamnestiche che riguardano

il Sig. \_\_\_\_\_

relativamente all'indagine TOMOGRAFIA A RISONANZA MAGNETICA che comporta l'uso del seguente mezzo di contrasto:

## GADOLINIO

In particolare è indispensabile essere informati sugli elementi anamnestici o clinici relativi a:

- comprovato rischio allergico;
- entità delle forme di insufficienza epatica o renale o cardiovascolare
- paraproteine o mieloma multiplo

Firma del Medico richiedente l'indagine che ha reso edotti in termini generici il paziente della indicazione clinica e della metodica di esame

Riconosco di aver ricevuto dal Dott. \_\_\_\_\_

tutte le informazioni che ho sollecitato sull'atto medico in modo chiaro e comprensibile: \_\_\_\_\_

il Paziente = \_\_\_\_\_

Firma del Medico responsabile della prestazione che ha raccolto il consenso specifico sull'esame.

\_\_\_\_\_

Il Tecnico Snaitario di Radiologia Medica Sig. \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Albo Professionale Provinciale