



U.O.C. Radiologia Senologica

Consenso Informato per l'esecuzione di **RISONANZA MAGNETICA delle MAMMELLE**

DATI PAZIENTE

Cognome _____

Nome _____

Data di Nascita ____/____/____

NOTA INFORMATIVA RISONANZA MAGNETICA delle MAMMELLE

CHE COS'È: La **Risonanza Magnetica (RM) delle mammelle** è una tecnica diagnostica **molto sensibile** che utilizza un **campo magnetico ad alta intensità e impulsi di radiofrequenza**, e che viene impiegata in casi specifici come **imaging complementare all'esame di base** (mammografia, ecografia ed eventuali approfondimenti biotipici). La **RM delle mammelle** può essere effettuata **con o senza mezzo di contrasto**.

COME SI EFFETTUA: La Paziente verrà sdraiata su un lettino in posizione prona con il seno posizionato all'interno di "bobine". Durante l'esame sentirà un rumore ritmico associato al normale funzionamento dell'apparecchio. Raramente possono insorgere disturbi lievi come sensazione di claustrofobia o calore. In questi casi sarà possibile avvertire gli operatori (sempre presenti nella sala di controllo) utilizzando un dispositivo di segnalazione che terrà in mano durante tutto l'esame. **La durata dell'esame è mediamente di 30-40 minuti**. Per ottenere la migliore qualità delle immagini e non compromettere il risultato diagnostico, sarà necessario mantenere il **massimo grado di immobilità** durante il corso dell'intero esame, respirando regolarmente.

PREPARAZIONE/RACCOMANDAZIONI: Poiché il campo magnetico impiegato per l'esame RM si comporta come una "potente calamita", esso esercita una **forte attrazione su eventuali materiali ferromagnetici di cui Lei potrebbe essere portatrice** (ad es. schegge o punti di sutura metallici o protesi di vecchia generazione).

Per questo le verrà richiesta la compilazione di un questionario anamnestico specifico. La RM è inoltre **sconsigliata durante il primo trimestre di gravidanza**.
PER ACCEDERE ALLA SALA RM E' NECESSARIO:

- aver compilato il Questionario Anamnestico per l'Esame RM";
- togliere eventuale trucco per il viso e lacca per capelli;
- depositare nello spogliatoio ogni oggetto metallico, ferromagnetico o di supporto magnetico (telefono cellulare, monete, orologio, chiavi, orecchini, spille, gioielli, fermagli per capelli, tessere magnetiche, carte di credito, etc.);
- togliere eventuali protesi dentarie e apparecchi per l'udito;
- togliere lenti a contatto o occhiali;
- spogliarsi ed indossare l'apposito camice monouso fornito dal personale di servizio;
- utilizzare la cuffia o gli appositi tappi auricolari forniti dal personale di servizio.

QUESTIONARIO ANAMNESTICO PER L' ESAME RM

E' in stato di gravidanza certa o presunta?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Ha eseguito in precedenza esami RM?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Soffre di claustrofobia?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Ha subito interventi chirurgici ?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Testa <input type="checkbox"/> Addome <input type="checkbox"/> Collo <input type="checkbox"/> Arti <input type="checkbox"/> Torace <input type="checkbox"/> Occhi <input type="checkbox"/>		
Altro <input type="checkbox"/>		
Ha schegge o frammenti metallici all'interno del corpo ?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Ha mai subito incidenti stradali, incidenti di caccia, traumi esplosivi?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>



U.O.C. Radiologia Senologica

Consenso Informato per l'esecuzione di **RISONANZA MAGNETICA delle MAMMELLE**

QUESTIONARIO ANAMNESTICO PER L' ESAME RM

E' a conoscenza di avere uno o più dispositivi medici o corpi metallici all'interno del corpo?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Pace-Maker o valvole cardiache, stent, defibrillatori impiantati o altri tipi di cateteri cardiaci?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Distrattori della colonna vertebrale, viti metalliche di sintesi?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Pompa di infusione per insulina o altri farmaci?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Impianti protesici metallici / impianti per udito / protesi del cristallino, protesi dentarie?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello subdural, derivazioni spinali o ventricolari, o altri tipi di stimolatori?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Dispositivo intrauterino (IUD)?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
E' portatore di piercing tatuaggi?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Sta utilizzando cerotti medicali?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

FIRMA DEL MEDICO CURANTE

Data

____/____/____

Firma del Medico Curante

CONSENSO ALL'EFFETTUAZIONE DELL'ESAME

La sottoscritta Sig.ra _____
 ritiene di essere stata sufficientemente informata in merito ai benefici dell'esame e alle possibili controindicazioni legate all'esposizione a campi magnetici intensi utilizzati dall'apparecchiatura RM.

Acconsente all'esecuzione dell'esame

Data

____/____/____

Firma della Paziente

RIPENSAMENTO ALL'EFFETTUAZIONE DELL'ESAME

La sottoscritta Sig.ra _____ sotto la propria responsabilità dichiara di non voler sottoporsi alla risonanza magnetica delle mammelle.

Data

____/____/____

Firma della Paziente

FIRMA DEL MEDICO RADIOLOGO

Data

____/____/____

Firma del Medico Radiologo
