

Documento per l'esecuzione di indagine di Risonanza magnetica

Parte Prima - Informazioni per il cittadino

Controindicazioni assolute

In presenza di anche una sola delle **controindicazioni assolute** sotto elencate l'indagine di Risonanza magnetica non può essere effettuata:

1. Paziente portatore di protesi del cristallino con anse di titanio o platino
2. Paziente portatore di schegge o frammenti metallici in sede oculare, viscerale, intracranica
3. Paziente portatore di pace-maker cardiaco
4. Paziente portatore di clip chirurgiche vascolari, impianti auricolari metallici, catetere di SwanGanz, elettrodi endocorporei, connettori metallici shunt ventricolo-peritoneali, filtri vascolari, stenta e spirali metalliche, dispositivi endocorporei ad attivazione magnetica o elettrica (neurostimolatori, stimolatori di crescita ossea, pompe per infusione continua di farmaci, sfinteri e impianti oculari magnetici)

Situazioni particolari

In presenza di una delle seguenti **situazioni particolari**, l'effettuazione dell'indagine di Risonanza magnetica viene valutata caso per caso dal Radiologo o Neuroradiologo:

1. Stato di gravidanza
2. Claustrofobia
3. Turbe della termoregolazione
4. Presenza di corpi estranei metallici in sede non nobile
5. Attività lavorativa, in qualità di tornitore, saldatore, carrozziere ecc.
6. Incidenti di caccia, ferite di guerra ecc.
7. Interventi chirurgici che hanno interessato collo, addome, torace, arti
8. Paziente portatore (con) di anemia falciforme
9. Paziente portatore di pompe da infusione di farmaci
10. Paziente portatore di corpi intrauterini
11. Paziente portatore di: protesi metalliche, valvole cardiache, placche, viti, fili, chiodi, distrattori della colonna e simili impianti chirurgici ferromagnetici

Per effettuare l'esame occorre togliere:

lenti a contatto, protesi mobili, fermagli per capelli, mollette, occhiali, gioielli, orologi, ganci, oltre a qualunque tipo di oggetto metallico, carte di credito, schede magnetiche e cosmetici dal volto.

Per presa visione

Il Paziente/Cittadino (o il Legale Rappresentante)

Parte Seconda - da compilarsi a cura del Medico di Medicina generale (Medico di famiglia)

La il sig. _____ nata/o il _____ peso _____

Inviato/a da _____ regione da esplorare _____

presenta **controindicazioni assolute** che non consentono di effettuare la Risonanza Magnetica
si _____ no _____

in caso affermativo specificare quali:

paziente portatore di protesi del cristallino con anse di titanio o platino

paziente portatore di schegge o frammenti metallici in sede oculare, viscerale, intracranica

paziente portatore di pace-maker cardiaco

paziente portatore di clip chirurgiche vascolari, impianti auricolari metallici, catetere di Swan-Ganz, elettrodi endocorporei, connettori metallici di shunt ventricolo-peritoneali, 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 e impianti oculari magnetici)

Presenta **situazioni particolari** che richiedono la valutazione del Radiologo e del Neuroradiologo per effettuare la Risonanza Magnetica

si _____ no _____

in caso affermativo specificare quali:

stato di gravidanza

claustrofobia

turbe della termoregolazione

presenza di corpi estranei metallici in sede non nobile

attività lavorativa in qualità di tornitore, saldatore, carrozziere ecc.

incidenti di caccia, ferite di guerra

interventi chirurgici che hanno interessato collo, addome, torace, arti (indicare quali e specificare se il paziente è noto portatore di protesi valvolare cardiaca o clip metalliche non vascolari)

paziente portatore (con) di anemia falciforme

paziente portatore di pompe da infusione di farmaci

paziente portatore di corpi intrauterini

paziente portatore di: protesi metalliche, valvole cardiache, placche, viti, fili, chiodi, distrattori della colonna e simili impianti chirurgici ferromagnetici (indicare quali)⁹

Il Medico richiedente _____

Data _____

Per conferma della veridicità e completezza dei dati anamnestici forniti al medico che ha compilato questa parte del documento

1
li Paziente/Cittadino (o Legale Rappresentante) _____ Data _____