



**MODULO INFORMATIVO E QUESTIONARIO ANAMNESTICO**

|                                      |                                  |                        |
|--------------------------------------|----------------------------------|------------------------|
| <b>Cognome</b> _____                 | <b>Nome</b> _____                | <b>Tel.</b> _____      |
| <b>Data e luogo di nascita</b> _____ | <b>Recapito telefonico</b> _____ |                        |
| <b>Residenza</b> _____               | <b>Esame richiesto</b> _____     | <b>Peso [KG]</b> _____ |

Descrizione della procedura:

La tecnica della risonanza magnetica (RM) è in uso da tempo per lo studio delle proprietà chimiche delle sostanze. Solo recentemente è stata impegnata per produrre immagini del corpo umano. Essa, come è noto, non comporta l'uso di raggi X o di radiazioni comunque ionizzanti.

Durante l'esame le sarà chiesto di sdraiarsi su un lettino simile al tavolo di un apparecchio radiografico dove attorno alla parte del corpo in esame verrà posta una bobina che trasmette e riceve onde radio. Il lettino verrà quindi introdotto in un largo tubo cilindrico all'interno del quale sono presenti i campi magnetici necessari per ottenere l'immagine. Durante l'esame non avvertirete alcuna sensazione dolorosa. Sentirete dei rumori ripetitivi talora abbastanza intensi e fastidiosi che posso essere attenuati dall'uso di tappi per le orecchie. Lei dovrà solo mantenere per un certo tempo il migliore grado possibile di immobilità sul lettino, per consentire informazioni diagnostiche della migliore qualità. Il nostro personale sarà comunque sempre presente nella sala comandi, a sua disposizione per qualsiasi necessità.

In determinati casi per migliorare la sensibilità diagnostica dell'indagine può essere somministrato per via orale o venosa un mezzo di contrasto paramagnetico che di norma non determina inconvenienti.

**RISCHI:** Dagli studi finora svolti si può obiettivamente affermare che non sono dimostrati effetti biologici nocivi attribuibili a indagini diagnostiche mediante RM.

**CONTROINDICAZIONI:** Portatori di pacemakers, clips metalliche vascolari, schegge, presidi metallici intracranici o in prossimità di strutture vascolari, dispositivi attivati elettronicamente.

**PAZIENTI A RISCHIO:** Portatori di protesi metalliche, donne nel primo trimestre di gravidanza, infarto recente del miocardio.

In ogni caso, sarà sempre presente un medico per l'accertamento preliminare di eventuali controindicazioni e per seguire lo svolgimento corretto dell'indagine al quale il paziente è invitato a chiedere più dettagliate delucidazioni in merito alle varie informazioni su esposte.

**QUESTIONARIO ANAMNESTICO PRELIMINARE ALL'ESECUZIONE DELL'ESAME RM**

**Il seguente questionario anamnestico ha lo scopo di accertare l'assenza di controindicazioni all'indagine RM e deve essere attentamente compilato prima di essere sottoposto all'esame RM.**

|  |    |           |
|--|----|-----------|
| Soffre di claustrofobia ?  | SI | NO        |
| Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore tornitore, carrozziere ? | SI | NO        |
| Ha mai subito incidenti stradali, incidenti di caccia ?            | SI | NO        |
| E' stato vittima di traumi da esplosione ?                         | SI | NO        |
| E' in stato di gravidanza ?  | SI | NO        |
| Ultime mestruazioni avvenute ?                                     | SI | NO        |
| Ha subito interventi chirurgici su:                                | SI | NO        |
| Testa  |    | Addome    |
| Collo  |    | Estremità |
| Torace   |    | Altro     |
| <b>E' portatore di:</b>  |    |           |
| Schegge o frammenti metallici ?                                    | SI | NO        |
| Clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello ?             | SI | NO        |
| Valvole cardiache ?  | SI | NO        |



|   |    |    |
|---|----|----|
| Distrattori della colonna vertebrale ?  | SI | NO |
| Pompa di infusione per insulina o altri farmaci ?   | SI | NO |
| Pace-maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci ?   | SI | NO |
| Corpi metallici nelle orecchie o impianti per udito ?   | SI | NO |
| Lenti intra oculari ?   | SI | NO |
| Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali ?   | SI | NO |
| Corpi intrauterini ?  | SI | NO |
| Derivazioni spinali o ventricolari ?  | SI | NO |
| Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, etc.), viti, chiodi, filo, etc. | SI | NO |
| Protesi dentarie fisse o mobili ?   | SI | NO |
| Ha dei tatuaggi permanenti ?  | SI | NO |

**Per effettuare l'esame occorre**

- Togliere eventuali lenti a contatto, apparecchi per l'udito, dentiere, corone temporanee mobili.
- Togliere fermagli per capelli, mollette, occhiali, gioielli, orologi, carte di credito e schede magnetiche, coltelli tascabili, monete, chiavi, ganci automatici, bottoni metallici, spille, vestiti con lampo, pinzette metalliche, punti metallici (ad es. applicati agli indumenti in tintoria), limette, forbici e altri eventuali oggetti metallici.
- asportare cosmetici dal volto

**Il medico responsabile dell'esame, preso atto delle risposte fornite dal paziente ed espletata l'indagine anamnestica, autorizza l'esecuzione dell'indagine RM**

Firma del Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame

Data

**Il paziente**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

**dichiara di essere stato/a chiaramente informato/a riguardo:**

|   |                             |                             |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| <b>la procedura di RM, le controindicazioni all'esposizione ai campi elettromagnetici e acconsente all'esecuzione dell'esame.</b> | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
|---|-----------------------------|-----------------------------|

|   |                             |                             |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| <b>i rischi connessi all'impiego del mezzo di contrasto e ne acconsente all'uso qualora l'esame RM lo richiedesse</b> | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
|---|-----------------------------|-----------------------------|

|   |                             |                             |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| <b>i rischi connessi qualora dovesse essere sottoposto/a ad anestesia o a sedazione profonda durante l'esame RM ed ne acconsente l'uso se l'esame lo richiedesse.</b> | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
|---|-----------------------------|-----------------------------|

|  |                             |                             |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| <b>Dichiara inoltre di non essere in stato di gravidanza</b> | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
|--|-----------------------------|-----------------------------|

Firma del paziente (o del genitore nel caso di pazienti minorenni) \_\_\_\_\_

Firma del Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame RM

Data



**S.C. di Radiologia**  
*Direttore Dott. Grazia Bitti*

## **PRENOTAZIONE PER ESAMI DI RISONANZA MAGNETICA**

Questo modulo deve essere consegnato al medico che richiede l'esame e che controllerà se la documentazione è sufficiente.

INDAGINE R.M. PRENOTATA: \_\_\_\_\_

Il/Sig./ra \_\_\_\_\_

Presentarsi allo sportello dell'accettazione centrale della Radiologia il giorno \_\_\_\_\_

Alle ore \_\_\_\_\_ munito/a di:

- 1) **Impegnativa con quesito diagnostico**
- 2) **Questionario clinico compilato e firmato**
- 3) **Relazione clinica dettagliata dello specialista ( neurologo, fisiatra, ortopedico, chirurgo, etc.)**
- 4) **Tutte le indagini eseguite (ecografiche, radiografiche, TAC, laboratoristiche, etc.) che siano in rapporto con il quesito diagnostico**
- 5) **Tutte le RM precedentemente eseguite, se si tratta di un controllo**
- 6) **Copia della cartella clinica eventualmente sostituita da dettagliata relazione clinica in rapporto alla patologia da studiare**
- 7) **Si consiglia di munirsi di tappi per le orecchie**

L'assenza di adeguata documentazione può comportare la mancata esecuzione dell'esame.

### **Si raccomanda la massima puntualità.**

La consegna degli esami eseguiti si effettua presso lo sportello dell'accettazione centrale della Radiologia la mattina dalle ore 10 alle ore 13 ed il pomeriggio dalle ore 17 alle ore 19 previa consegna della ricevuta del ticket.

Il pagamento del ticket si effettua presso l'Ufficio ticket dell'ospedale (ingresso sottopiano) o aperto la mattina dalle ore 7.30 alle ore 13.00 ed il pomeriggio dalle ore 15.30 alle ore 18.00 escluso venerdì.

---

Dipartimento Diagnostica per Immagini  
S.C. di Radiologia  
Piazzale Ricchi 1, 09134 Cagliari  
T. 070 539298 F. 070 539298-572



**S.C. di Radiologia**  
*Direttore Dott. Grazia Bitti*

**QUESTIONARIO PER ESAMI RM DEL RACHIDE LOMBARE**

LOMBALGIA

|    |    |
|----|----|
| SI | NO |
|----|----|

IRRADIAZIONE DEL DOLORE ALL'ARTO  
INF.

|    |    |    |    |
|----|----|----|----|
| SI | NO | DX | SN |
|----|----|----|----|

INTENSITA' DEL DOLORE

|       |       |         |
|-------|-------|---------|
| LIEVE | MEDIA | MARCATA |
|-------|-------|---------|

INTERVENTI CHIRURGICI SUBITI

|    |    |
|----|----|
| SI | NO |
|----|----|

QUANDO?

A CHE LIVELLO?

SINTOMATOLOGIA RISOLTA DOPO  
INTERVENTO

|    |    |
|----|----|
| SI | NO |
|----|----|

TRAUMA?

(CHIEDERE DOCUMENTAZIONE)