

## Informazione destinata ai pazienti

### Tomografia a risonanza magnetica (RM, MRI, MRT)

Gentile paziente,

il suo medico curante le ha prescritto una tomografia a risonanza magnetica (RM, MRI, MRT). Prima di poter eseguire l'esame, la preghiamo di leggere attentamente le seguenti istruzioni e di rispondere al questionario allegato alla fine.

#### Che cos'è la tomografia a risonanza magnetica?

Da molto tempo ormai la tomografia a risonanza magnetica è parte integrante della diagnostica in medicina. Mediante onde a radiofrequenza in un campo magnetico forte è possibile ottenere immagini dall'interno dell'organismo. Per questo esame non vengono impiegati raggi X.

#### Cosa accade durante l'esame?

Per l'esame il paziente deve essere supino. Il posizionamento avviene nel modo più comodo possibile.



A seconda della zona da esaminare vengono posti sul corpo del paziente o attorno alle sue articolazioni degli amplificatori di segnale (chiamati anche bobine). Poi il paziente viene trasportato lentamente nell'apparecchio ad anello, in modo da posizionare **l'area da esaminare al centro del campo magnetico**.

L'esame dura mezz'ora o un'ora a seconda del tipo di analisi da effettuare.

I rumori simili ad un battito emessi dall'apparecchio fanno parte del normale funzionamento e non devono disturbare il paziente. È molto importante che durante l'esame il paziente rimanga calmo e rilassato, poiché ogni movimento fisico durante l'esame causa interferenze nell'immagine.

Nelle pause il paziente può comunicare attraverso l'interfono. Inoltre è presente un campanello.

Per migliorare il contrasto dell'immagine può essere necessario iniettare un mezzo di contrasto in un'articolazione prima dell'esame o nella vena del braccio durante l'esame.

Il personale medico provvederà a informare costantemente il paziente in merito ad ogni singola fase dell'esame e a rispondere a qualsiasi domanda.

#### Cosa accade al termine della RM?

Dopo l'esame il paziente può tornare normalmente alle sue attività consuete.

La documentazione dell'esame sarà consegnata direttamente al medico incaricato, che provvederà ad informare il paziente in occasione della visita successiva.

---

Per svolgere l'esame senza pericoli è necessario prendere alcune precauzioni. La preghiamo pertanto di rispondere alle seguenti domande e di confermare con la sua firma la correttezza delle risposte fornite.

Cognome: ..... Nome: .....

Data di nascita: ..... Peso: ..... kg Altezza:..... cm

<b>Il suo corpo è dotato di uno dei seguenti dispositivi o ha le seguenti applicazioni?</b>	<b>Sì</b>	<b>No</b>
Pacemaker / Defibrillatore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurostimolatore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infusore o microinfusore (pompa per insulina)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se sì, dove si trova? .....		
Apparecchio acustico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Impianto cocleare (protesi acustica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Protesi dentaria fissa o mobile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Piercing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tatuaggi / Trucco permanente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se sì, da quando: .....		
Cerotti transdermici (es. nicotina, nitroglicerina, antidolorifici ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	<b>Sì</b>	<b>No</b>
<b>Ha mai subito un'operazione all'area da esaminare?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se sì, quale: .....

Quando: .....

<b>Ha mai subito un'operazione al cuore?</b> (es. valvole cardiache artificiali, pacemaker, stent)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

Se sì, quale: .....

Quando: .....

Struttura ospedaliera: .....

<b>Ha mai subito un'operazione alla testa?</b> (es. protesi vascolari/stent, clip vascolari, spirali in platino/coil)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Se sì, quale: .....

Quando: .....

Struttura ospedaliera: .....

<b>Nel suo corpo sono presenti altri impianti, protesi o componenti metallici?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Se sì, quale: ..... Dove: ..... Da quando: .....

Se sì, quale: ..... Dove: ..... Da quando: .....

Se sì, quale: ..... Dove: ..... Da quando: .....

<b>Nel suo corpo o negli occhi sono presenti frammenti metallici o schegge di granata?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Se sì, quale: .....

Da quando: .....

---

**Domande mediche****Sì**      **No**Soffre di disfunzioni renali?       Soffre di allergie?       

Se sì, quali: .....

Soffre intolleranze ai farmaci?       

Se sì, quali: .....

Assume farmaci anticoagulanti?       

---

**Per le donne in età riproduttiva****Sì**      **No**Porta una spirale?       

Se sì, quale:

- 
- spirale al rame
- 
- 
- spirale ormonale (Mirena)

 Altro: .....

Ad eccezione della spirale ormonale (Mirena), dopo l'esame con RM occorre eseguire una verifica ginecologica della posizione della spirale (garanzia di contraccezione).

Potrebbe essere incinta?       È nel periodo dell'allattamento?       

---

**IMPORTANTE!!!** Prima di entrare nella sala RM è necessario togliere i seguenti oggetti:**orologi, gioielli, carte di credito, apparecchi acustici, cellulari, piercing, oggetti metallici**  
(chiavi, coltellini svizzeri, accendini, moneta, forcine per capelli)Se ha assunto sedativi (Dormicum, Temesta), è necessario rispettare i seguenti punti **per almeno 8 ore**:

- astenersi dalla guida o dal comando di macchinari
- non firmare documenti importanti (contratti ecc.)
- chiedere ad una persona di fiducia di riaccompagnarla a casa dopo l'esame (anche se utilizza i mezzi pubblici)

---

**Prendo atto del fatto che le mie immagini possono essere visionate in consultazione, se necessario.**

Quando ha la prossima visita medica? .....

Ho capito le domande e ho risposto correttamente.

Data: ..... Firma: .....

Data: ..... Visto MTRA: .....

---

(A cura del personale specializzato:      Creatinina: .....      Clearance: .....)