



Klinik Linde AG Biel  
Institut für Radiologie  
Blumenrain 105  
2503 Biel-Bienne

## **Nota informativa e questionario sull'esame a risonanza magnetica (esame RM)**

Cognome / nome: \_\_\_\_\_

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

### **Informazioni**

La risonanza magnetica (RM) è una tecnica di indagine diagnostica che consente di rappresentare immagini del corpo, fornendo informazioni supplementari in particolari applicazioni. Non impiega radiazioni ionizzanti (raggi X) e l'informazione viene ottenuta attraverso l'eccitazione con impulsi ad alta frequenza (radioonde) in un campo elettromagnetico ad elevata intensità e attraverso la captazione con antenne ad alta sensibilità (dette bobine).

### **Come si svolge l'esame e cosa deve fare il paziente**

Il paziente è pregato di spogliarsi nella cabina secondo le istruzioni dei tecnici di radiologia. Per l'esame viene fatto sdraiare comodamente su un tavolo e introdotto nella macchina a forma cilindrica. A volte può essere necessaria un'iniezione in vena (praticata nel braccio) per evitare eventuali movimenti intestinali o per migliorare il contrasto dell'immagine. Durante l'esame il paziente deve rimanere rilassato e calmo sul tavolo, senza farsi impressionare dai rumori della macchina. A volte si riesce anche a dormire durante l'esame.

Il paziente è sempre collegato con noi attraverso un citofono e, all'occorrenza, può contattarci. In questo modo anche noi possiamo mantenere il contatto in ogni momento con lui.

### **Precauzioni e questionario**

Affinché l'esame possa svolgersi nella massima sicurezza, è necessario adottare alcune precauzioni. Il paziente è pregato perciò di rispondere alle seguenti domande, confermando la veridicità della risposta con la sua firma.

**Questionario****Barrare la risposta con una** È attualmente incinta? (per le donne) Sì  No Ha lavorato in luoghi in cui ha potuto venire in contatto con schegge metalliche? Sì  No È stata/o sottoposto/a a esami a risonanza magnetica (RM) in passato? Sì  No Ha subito operazioni? Sì  No 

Se sì, in quali parti del corpo? Che tipo di operazione?

\_\_\_\_\_

Sa se nel suo corpo sono presenti corpi estranei metallici? Sì  No 

Se sì, che tipo di materiale e per quale motivo?

\_\_\_\_\_

**Ha subito un impianto di pacemaker, pompa insulinica, stimolatore nervoso o altri ausili medici di questo tipo?** Sì  No 

Se sì, quale precisamente?

\_\_\_\_\_

Prende dei **medicamenti anticoagulanti**? Sì  No Soffre di una **disfunzione renale**? Sì  No Soffre di **allergie** se si quali? Sì  No 

\_\_\_\_\_

**Peso (kg):** \_\_\_\_\_**Altezza (m):** \_\_\_\_\_**Prima di entrare nella zona con campo elettromagnetico ad alta intensità deve togliere obbligatoriamente i seguenti oggetti dal corpo:**

occhiali, apparecchi acustici, gioielli, orologi, portamonete e denaro, indumenti con chiusure lampo, carte di credito, chiavi, fermagli per capelli, corsetti con elementi in metallo, reggiseno.

**Dichiaro di aver compreso le informazioni e risposto correttamente alle domande.****Luogo / data:** \_\_\_\_\_**Firma del paziente:** \_\_\_\_\_**Firma MTRA:** \_\_\_\_\_