



## Risonanza magnetica (RM)

INSTITUT DIAGNOSTISCHE UND  
INTERVENTIONELLE RADIOLOGIE

Dr. med. J. Fischer, *Chefarzt*  
Dr. med. C. Siewert, *Stv. Chefarzt*  
Dr. med. T. Merl, *Leitender Arzt*  
Dr. med. St. Müller, *Leitender Arzt*

### Egregio paziente

Di seguito trova alcune importanti informazioni sull'imminente esame.

#### Cos'è una RM?

La risonanza magnetica è un metodo di esame che produce immagini in sezione del corpo su qualsiasi piano. Grazie all'elevato contrasto dei tessuti molli, l'esame è particolarmente indicato per la raffigurazione di strutture molli come organi, tendini, legamenti e cartilagine. Un grande vantaggio della RM è che funziona senza raggi X. L'apparecchio è costituito invece da un grande e forte magnete (1,5 Tesla). Attraverso il campo magnetico e le onde a radiofrequenza si possono produrre immagini in sezione della regione da esaminare.

#### Svolgimento dell'esame

Durante l'esame Lei si trova in un forte campo magnetico. Per questo motivo, Le verrà chiesto di rimuovere tutti gli oggetti metallici. Per l'esame Le verranno dati dei vestiti speciali.

Sarà posto sul lettino da visita dal personale di radiologia. È importante che sia il più possibile a Suo agio, in modo da potersi sdraiare in modo fermo e rilassato per l'esame.

La regione corporea da esaminare è posta al centro dell'apparecchio. Il personale di radiologia controlla l'esame dalla sala di controllo. Un'ampia vetrata, una telecamera e un sistema di interfono assicurano il contatto con Lei in ogni momento.

Il normale rumore di funzionamento della RM è un forte e ritmico battito, motivo per cui si riceve una protezione acustica. Le diamo anche un pulsante di allarme in mano. Se necessario, con questo pulsante è possibile interrompere l'esame di allarme e il personale in radiologia vi contatterà.

L'esame dura tra i 20 e i 60 minuti. Si consiglia di andare in bagno prima dell'esame.

#### Mezzo di contrasto

Per alcuni esami, viene iniettato un mezzo di contrasto in una vena del braccio. Questo mezzo di contrasto contiene gadolinio ed è generalmente molto ben tollerato. Come per quasi tutti i farmaci e le sostanze, in casi molto rari può verificarsi una reazione allergica.

Il mezzo di contrasto viene espulso attraverso i reni. Per supportare questo processo, si consiglia di bere una quantità sufficiente di liquido nelle successive 24 ore.

#### Guidare l'auto

In caso di forte claustrofobia e durante gli esami della regione addominale, possono essere utilizzati farmaci (Dormicum® o Buscopan®), che vietano la guida dell'auto per 4 ore.

Il nostro personale sarà lieto di rispondere a tutte le Sue domande.

# Risonanza magnetica (RM)

Cognome:

Nome:

Data di nascita:

## Egregio paziente

Le chiediamo di rispondere accuratamente al questionario. Come allegato riceve informazioni sull'imminente esame. La preghiamo di leggerle attentamente. Il nostro personale sarà lieto di rispondere a tutte le Sue domande.

Porta...					
... un pacemaker?	<input type="checkbox"/>	sì	<input type="checkbox"/>	no	
... un neurostimolatore?	<input type="checkbox"/>	sì	<input type="checkbox"/>	no	
... un microinfusore per insulina?	<input type="checkbox"/>	sì	<input type="checkbox"/>	no	
... un apparecchio acustico?	<input type="checkbox"/>	sì	<input type="checkbox"/>	no	
... una protesi dentale?	<input type="checkbox"/>	sì	<input type="checkbox"/>	no	
... tatuaggi?	<input type="checkbox"/>	sì	<input type="checkbox"/>	no	
... metallo sul Suo corpo? (piercing ecc.)	<input type="checkbox"/>	sì	<input type="checkbox"/>	no	
... metallo nel Suo corpo? (articolazioni artificiali, chiodi, valvole cardiache, clips, stent ecc.)	<input type="checkbox"/>	sì	<input type="checkbox"/>	no	
Quali?					
È stato operato...					
... al cuore?	<input type="checkbox"/>	sì	<input type="checkbox"/>	no	
... alla testa? (cervello, orecchio, occhio)	<input type="checkbox"/>	sì	<input type="checkbox"/>	no	
Potrebbe avere schegge di metallo nel Suo corpo? (ad es. nell'occhio)	<input type="checkbox"/>	sì	<input type="checkbox"/>	no	
Soffre di...					
... asma o allergie?	<input type="checkbox"/>	sì	<input type="checkbox"/>	no	
Quali?					
... claustrofobia?	<input type="checkbox"/>	sì	<input type="checkbox"/>	no	
... malattie renali?	<input type="checkbox"/>	sì	<input type="checkbox"/>	no	
Per le donne in età fertile:					
potrebbe essere in stato di gravidanza?	<input type="checkbox"/>	sì	<input type="checkbox"/>	no	
sta allattando?	<input type="checkbox"/>	sì	<input type="checkbox"/>	no	
porta una spirale?	<input type="checkbox"/>	sì	<input type="checkbox"/>	no	
La Sua altezza:		cm	Il Suo peso:		kg

Confermo di aver preso atto delle informazioni e di aver risposto in modo veritiero alle domande soprariportate. Con la mia firma do il mio consenso all'esame.

Data:

Firma del paziente:

(o della persona responsabile)

Krea/GFR und Entnahmedatum:

Visum Radiologiefachperson: