

Etichetta paziente:

Data TRM:

TRM effettuata da (collaboratore
Medalp):



Dokumentsprache: **D_E_F_ | _NL_RUSS**

Egregia paziente, egregio paziente,

il suo medico curante l'ha mandata da noi per una tomografia a risonanza magnetica. La preghiamo di leggere il testo che segue e di rispondere alle domande successive. In caso di ulteriori quesiti si rivolga al nostro personale tecnico-medico o al medico.

■ Cos'è una tomografia a risonanza magnetica?

Attraverso una tomografia a risonanza magnetica il corpo viene esaminato senza impiego di raggi X. La TRM produce onde radio di breve durata attraverso potenti campi magnetici. I segnali ricevuti come feed-back dal corpo vengono valutati con l'impiego di un computer. L'esame è completamente indolore e finora non sono conosciuti effetti nocivi.

■ Come si svolge l'esame?

Il nostro apparecchio è un cosiddetto sistema aperto, ovvero per essere sottoposto all'esame il paziente non viene inserito in un tubo chiuso.

A seconda dell'organo soggetto all'esame, quest'ultimo dura tra i 15 ed i 30 minuti.

Durante l'esame dovrà giacere su un lettino aperto da tutti i lati e udirà forti rumori di percussione.

È molto importante che si mantenga rilassata/o visto che anche un minimo movimento può provocare un'alterazione delle immagini.

In alcuni casi può essere necessaria la somministrazione di un mezzo di contrasto ai fini di una migliore rappresentazione delle strutture.

Il mezzo di contrasto per RM è generalmente molto ben tollerabile; solo in casi molto rari possono subentrare delle reazioni di incompatibilità.

Se dovesse essere necessaria una somministrazione endovenosa, ciò può comportare un ematoma e molto raramente un'infezione.

Per poter valutare meglio l'eventualità di un rischio maggiore a suo carico, la preghiamo di rispondere alle domande seguenti apponendo una crocetta.

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. Ha già subito una tomografia a risonanza magnetica? | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 2. Soffre di allergie o di incompatibilità a certi medicinali? In casi di estrema rarità sono subentrate finora reazioni allergiche ai mezzi di contrasto usati per la TRM. Le allergie allo iodio non hanno alcuna importanza in questo esame. | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 3. Le sono stati applicati un pace maker o una pompa per infusione? | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 4. Ha degli impianti o delle protesi (come ad es. un impianto all'orecchio medio, una protesi valvolare o all'anca)? | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 5. Ha parti metalliche o schegge metalliche nel corpo (ed es. un piercing)? | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 6. Ha subito un'operazione al cuore o al capo? | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 7. Ha dei tatuaggi o un make-up permanente? | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 8. Potrebbe essere incinta? | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 9. Qual è il suo peso corporeo? | | |

Ha subito interventi operatori o lesioni nella zona sottoposta all'esame?

Confermo di avere letto e compreso il testo e di aver risposto in buona fede ai quesiti che mi sono stati posti. Do il mio consenso all'effettuazione dell'esame tomografico a risonanza magnetica proposto.

Nome del paziente

Data

Firma del paziente

Nome e firma del medico che esegue l'esame