

 CENTRO MEDICO SPECIALISTICO Via Fava 2/B – 37139 Verona	Modulo di consenso informato all'atto sanitario	Rif. PRQ_GRC-002
	INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO RISONANZA MAGNETICA DIFFUSION WHOLE BODY	INFO_RDL-008 Rev. 1 del 20.07.26

DATI DEL PAZIENTE, ANAMNESI E QUESITO CLINICO

Cognome e Nome		
Data di nascita	Peso: Kg.	Altezza: cm.
Raccordo anamnestico:		
Esame richiesto:		

NOTA INFORMATIVA RELATIVA ALL'ESAME RM DIFFUSION WHOLE BODY

INFORMAZIONI GENERALI. La Risonanza Magnetica (RM) Diffusion Whole Body è un esame diagnostico strumentale di ultima generazione, basato su tecnologia di risonanza magnetica avanzata. Tale metodica è particolarmente indicata nell'ambito della diagnosi precoce delle patologie neoplastiche, in quanto consente di rilevare anche lesioni di dimensioni millimetriche, permettendo un potenziale intervento in fase anticipata rispetto all'evoluzione della malattia. L'assenza di radiazioni e mezzi di contrasto rende l'esame adatto anche a persone sane che desiderano uno screening completo. Inoltre, può completare un check-up generale affiancandosi a esami tradizionali come gastroscopia, colonscopia, mammografia e pap-test, offrendo una valutazione complessiva di organi difficilmente esplorabili con altre tecniche diagnostiche. L'esame non si configura come sostitutivo delle indagini di screening tradizionali (quali mammografia, Pap-test, PSA e ricerca del sangue occulto nelle feci), né degli esami diagnostici specifici per singolo organo (ad esempio gastroscopia o colonscopia). Esso deve essere considerato complementare al percorso diagnostico, consentendo una valutazione globale dell'organismo e includendo, in particolare, quegli organi per i quali non sono attualmente disponibili programmi specifici di diagnosi precoce.

MODALITA' DI ESECUZIONE DELL'INDAGINE DIAGNOSTICA. La procedura è semplice da eseguire e non comporta, nella maggior parte dei casi, rischi significativi né disagi fisici rilevanti o dolore per il paziente. Durante l'esame, il paziente è posizionato supino su un lettino mobile che scorre all'interno del tunnel dell'apparecchiatura. È garantito il costante contatto audio e visivo con il personale sanitario. La durata complessiva dell'esame è generalmente compresa tra 40 e 45 minuti. Al termine della procedura, il paziente può riprendere immediatamente le normali attività quotidiane, senza necessità di particolari limitazioni. Alla consegna del referto, il medico fornisce un'interpretazione dei risultati e suggerisce eventuali approfondimenti o follow-up se necessari.

COMPLICANZE E CONTROINDICAZIONI. Nel corso dell'esame RM è molto rara l'insorgenza di reazioni avverse. L'evenienza più probabile è rappresentata da una crisi di claustrofobia a carattere passeggero. Il sito RM garantisce sempre la presenza di personale medico specializzato pronto ad intervenire in caso di emergenze mediche di tale genere. La metodica Diffusion Whole Body è controindicata nei pazienti portatori di stimolatore cardiaco (pacemaker). Nel caso di pregressi interventi all'encefalo, al cuore o alle strutture vascolari, l'ammissione all'esame di risonanza magnetica deve essere subordinata ad una valutazione accurata della possibile presenza di condizioni che controindicano l'indagine, effettuata dallo specialista radiologo. Nel caso di esami su donne in stato di gravidanza accertata o presunta, molta attenzione è rivolta alla giustificazione, in particolare in regime di urgenza, e all'ottimizzazione dell'esame RM, nei confronti sia della Paziente che del nascituro. Per il resto, si tratta di un esame considerato sicuro, in quanto non prevede l'impiego di radiazioni ionizzanti né di mezzi di contrasto.

LIMITI DELL'ESAME RM DIFFUSION WHOLE BODY. Si tratta di un esame medico avanzato che fornisce immagini dettagliate dell'intero corpo. Tuttavia, presenta alcuni limiti che è importante comprendere prima di sottoporsi all'esame:

- Nei soggetti asintomatici, senza fattori di rischio o familiarità per neoplasie, la probabilità di rilevare un reperto dubbio o "anomalo" è molto elevata; tuttavia, bisogna tenere in considerazione che nella quasi totalità dei casi esso non ha alcun significato patologico e non richiede nessun trattamento. Meno di due pazienti su cento presentano lesioni potenzialmente sospette, per le quali il medico richiederà un successivo approfondimento. È importante non allarmarsi eccessivamente.
- Limitazioni nella risoluzione delle immagini: nonostante l'esame offra immagini molto dettagliate, la risoluzione potrebbe non essere sufficiente per rilevare alcune lesioni molto ridotte. Questo potrebbe comportare la possibilità di falsi negativi, in cui la risonanza non rileva una condizione medica esistente.
- Pur rappresentando una metodica avanzata di imaging dell'intero organismo, la RM Whole Body Diffusion presenta limitazioni intrinseche che riducono la sensibilità diagnostica in specifici ambiti. In particolare, l'esame può non consentire identificazione certa o corretta caratterizzazione di eventuali lesioni neoplastiche delle seguenti condizioni:
 1. Neoplasie di dimensioni molto ridotte, generalmente inferiori a 4 mm.
 2. Neoplasie del tratto gastrointestinale (esofago, stomaco, intestino tenue, colon e retto), per le quali esami endoscopici mirati permangono le metodiche di riferimento.
 3. Noduli della tiroide, che possono essere identificati ma non sempre adeguatamente caratterizzati come benigni o maligni.
 4. Tumori cutanei di piccole dimensioni o lesioni superficiali della pelle.
 5. Patologie della prostata, ove eventuali anomalie possono essere evidenziate ma richiedono poi approfondimento con RM multiparametrica mirata per lo studio della prostata.
 6. Neoplasie della cervice uterina.
 7. Noduli polmonari di piccole dimensioni.
 8. Tumori a bassa cellularità o particolarmente ben differenziati, caratterizzati da caratteristiche biologiche molto simili ai tessuti normali e pertanto meno evidenziabili mediante imaging diffusivo.
 9. Lesioni della mammella, che possono essere visualizzate ma non sempre adeguatamente caratterizzate; la mammografia, l'ecografia mammaria e la RM mammaria dedicata rimangono gli esami di riferimento.
 10. Patologie cardiache.

ALTERNATIVE AL TRATTAMENTO. Alternative per lo screening di tumori e altre malattie includono la Tomografia Computerizzata e la PET. La RM ha il vantaggio di non utilizzare radiazioni ionizzanti né mezzo di contrasto quando utilizzata in forma di screening.

ULTERIORI RACCOMANDAZIONI PER L'ESAME DI RISONANZA MAGNETICA. Per effettuare l'esame RM occorre rimuovere: eventuali lenti a contatto - apparecchi per l'udito - dentiera - corone temporanee mobili - cinta erniaria - fermagli per capelli - mollette - occhiali - gioielli - orologi - carte di credito o altre schede magnetiche - coltelli tascabili - ferma soldi - monete - chiavi - ganci - automatici - bottoni metallici - spille - vestiti con lampo - calze di nylon - indumenti in acrilico - pinzette metalliche - punti metallici - limette - forbici - altri eventuali oggetti metallici. Prima di sottoporsi all'esame si prega di asportare cosmetici dal viso.

 CENTRO MEDICO SPECIALISTICO Via Fava 2/B – 37139 Verona	Modulo di consenso informato all'atto sanitario	Rif. PRQ_GRC-002
	INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO RISONANZA MAGNETICA DIFFUSION WHOLE BODY	INFO_RDL-008 Rev. 1 del 20.07.26

QUESTIONARIO ANAMNESTICO PRELIMINARE ALL'ESAME DI RISONANZA MAGNETICA

(Redatto sulla base delle indicazioni riportate nel D.M. 14/01/2021)

QUESTIONARIO PRELIMINARE SOMMINISTRATO DA _____

 (Indicare Nome, Cognome e qualifica professionale del membro dell'equipe RM)

Il questionario anamnestico ha lo scopo di accertare l'assenza di controindicazioni all'esame **RM** o la non pertinenza di specifici approfondimenti preventivi. Tale questionario deve essere attentamente compilato dall'equipe RM e firmato dal Medico Responsabile della Prestazione Diagnostica, il quale, in relazione alle risposte fornite dal Paziente, può concludere che non sussistano controindicazioni all'esame RM. La controfirma del Paziente a piè della medesima pagina, in calce alla formula del consenso, garantisce - fra le altre, anche la sua piena consapevolezza delle gravi conseguenze che possono rivestire risposte falsi o mendaci ai quesiti sottoposti.

INFORMAZIONI ANAMNESTICHE	Barrare la voce interessata		INFORMAZIONI ANAMNESTICHE	Barrare la voce interessata	
Ha eseguito in precedenza esami RM?	SI	NO	Soffre di claustrofobia?	SI	NO
Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere?	SI	NO	Ha subito interventi chirurgici su: ☐ Testa ☐ Collo ☐ Addome ☐ Estremità ☐ Torace ☐ Altro?	SI	NO
È stato vittima di traumi da esplosioni?	SI	NO	Ha mai subito incidenti stradali, incidenti di caccia?	SI	NO
È a conoscenza di avere uno o più dispositivi medici o corpi metallici all'interno del corpo	SI	NO	È portatore di pace-maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci?	SI	NO
È portatore di schegge o frammenti metallici?	SI	NO	È portatore di clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello*?	SI	NO
È portatore di valvole cardiache?	SI	NO	È portatore di stents?	SI	NO
È portatore di defibrillatori impiantati?	SI	NO	È portatore di distrattori della colonna vertebrale?	SI	NO
È portatore di pompa di infusione per insulina o altri farmaci?	SI	NO	È portatore di corpi metallici nelle orecchie o impianti per udito*?	SI	NO
È portatore di neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali?	SI	NO	È portatore di altri tipi di stimolatori?	SI	NO
È portatrice di dispositivi intrauterini?	SI	NO	È portatore di derivazione spinale o ventricolare?	SI	NO
È portatore di protesi dentarie fisse o mobili?	SI	NO	È portatore di protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, ecc.), viti, chiodi, filo, ecc.*?	SI	NO
Altre protesi? ☐ SI ☐ NO se sì, dove?	SI	NO	Ritiene di poter avere protesi/apparecchi o altricorpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe NON esserne a conoscenza?	SI	NO
E' portatore di mezzi di sintesi e/o di fissazione osteo-articolari*?	SI	NO	E' portatore di apparecchi acustici?	SI	NO
È affetto da anemia falciforme?	SI	NO	È portatore di protesi del cristallino*?	SI	NO
È portatore di piercing?	SI	NO	Presenta tatuaggi? ☐ SI ☐ NO	SI	NO
Sta utilizzando cerotti medicali?	SI	NO		SI	NO
Informazioni supplementari					
VALUTAZIONE DEL RISCHIO CADUTA					
E' caduto negli ultimi 3 mesi?				SI	NO
Ha un'alterazione della capacità motoria?				SI	NO
Soffre di vertigini/capogiri?				SI	NO
Gravidanza ☐ SI ☐ NO Allattamento ☐ SI ☐ NO Data ultime mestruazioni					

*(in caso di presenza di tali presidi è necessario fornire documentazione di compatibilità magnetica da parte della struttura che ha effettuato l'intervento)

AUTORIZZAZIONE ALL'ESECUZIONE	
Il Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame RM preso atto delle risposte fornite dal Paziente ed espletata l'eventuale visita medica e/o ulteriori indagini diagnostiche preliminari	
AUTORIZZA L'ESECUZIONE DELL'ESAME DI RISONANZA MAGNETICA	
_____ Firma del Medico Responsabile dell'esame RM	_____ Data
CONSENSO INFORMATO ALL'ESAME RM	
Il Paziente ritiene di essere stato sufficientemente informato sui rischi e sulle controindicazioni legate all'esposizione ai campi elettromagnetici generati dall'apparecchiatura RM. Pertanto, consapevole dell'importanza delle risposte fornite, acconsente all'esecuzione dell'esame.	
_____ Firma del Paziente (o del Tutore Legale/ in caso di minori)	_____ Data