

QUESTIONARIO ANAMNESTICO E MODULO DI CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DELLA RISONANZA MAGNETICA

Il "questionario anamnestico" ha lo scopo di accertare l'assenza di controindicazioni all'esame RM. Tale questionario deve essere attentamente **compilato da ogni paziente** prima di essere sottoposto all'esame RM e **firmato dal Medico Responsabile dell'esame RM**. Risposte affermative ad uno o più quesiti possono comportare controindicazione, anche assoluta, all'esecuzione dell'esame RM.

Il/La Sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____ Peso (Kg) _____

Indagine richiesta _____

dichiara quanto segue:

È portatore/portatrice di Pace-maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci?	SI	NO
Ha dispositivi intrauterini (ad es. spirale)?	SI	NO
Ritiene di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo che potrebbero esserle stati impiantati? (ad es. Clips su aneurismi, Stents, Valvole cardiache, Impianti per l'udito, Neurostimolatori o elettrodi cerebrali/subdurali, Defibrillatori, Protesi del cristallino, distrattori della colonna vertebrale, Pompe di infusione per insulina o altri farmaci)	SI	NO
Ha protesi dentarie fisse o mobili o ritiene di poter avere protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, ecc.), viti, chiodi, filo, ecc. o altre protesi?	SI	NO
Ha subito interventi chirurgici a: testa, addome, collo, estremità, torace, altro? (specificare _____)	SI	NO
Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere; ha mai subito incidenti stradali o di caccia; ha mai subito traumi da esplosione (potrebbe avere schegge o frammenti metallici)?	SI	NO
Ha eseguito in precedenza esami RM?	SI	NO
Ha avuto reazioni allergiche dopo mezzo di contrasto per RM?	SI	NO
Soffre di claustrofobia?	SI	NO
È affetto da anemia falciforme?	SI	NO
Ha piercing? (localizzazione _____)	SI	NO
Ha tatuaggi? (localizzazione _____)	SI	NO
Sta utilizzando cerotti medicali?	SI	NO
Data ultima mestruazione _____		

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.

IL MEDICO RESPONSABILE DELL'ESAME RM

in relazione ai dati anamnestici forniti dal paziente ed espletata l'eventuale visita medica,

AUTORIZZA L'ESECUZIONE DELL'INDAGINE RM

Firma del Medico Responsabile dell'esame RM

CONSENSO INFORMATO

Il sottoscritto/a, preso atto che risposte affermativo ad almeno uno dei precedenti quesiti possono comportare controindicazione anche assoluta all'accesso al sito RM, impegnandosi a comunicare tempestivamente al Medico Responsabile dell'impianto RM qualunque variazione in merito a quanto riportato nel presente modulo, **ritiene di essere stato sufficientemente informato** sull'indicazione clinica, l'utilità, le modalità di esecuzione, tutte le possibili reazioni avverse e i fattori di rischio degli accertamenti diagnostici mediante RM e sui rischi e sulle controindicazioni all'esposizione ai campi elettromagnetici generati dall'apparecchiatura RM; dichiara di aver collaborato nel modo ottimale alla compilazione del questionario anamnestico; **acconsente all'esecuzione dell'esame RM, se necessario anche con mezzo di contrasto.**

A CONFERMA DELLA COLLABORAZIONE PRESTATATA AL MEDICO RESPONSABILE DELLA PRESTAZIONE

Firma del paziente (*)

Data

(*) In caso di paziente minorenni/interdetto è necessaria la firma di un genitore/tutore o di chi ne fa le veci.