

Dati paziente

Cognome Nome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Peso (Kg) _____ Recapito telefonico _____

Residenza _____

Indagine richiesta _____

Reparto/Medico richiedente l'esame RM _____

Il "questionario anamnestico" ha lo scopo di accettare l'assenza di controindicazioni all'esame RM o la non pertinenza di specifici approfondimenti preventivi. Tale questionario deve essere attentamente compilato 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 false o mendaci ai quesiti sottoposti.

- | | | |
|--|----------------|----|
| • Ha eseguito in precedenza esami RM? | SI | NO |
| • Ha avuto reazioni allergiche dopo somministrazione del mezzo di contrasto? | SI | NO |
| • Soffre di claustrofobia? | SI | NO |
| • Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere? | SI | NO |
| • Ha mai subito incidenti stradali, incidenti di caccia? | SI | NO |
| • E' stato vittima di traumi da esplosioni? | SI | NO |
| • E' in stato di gravidanza? | SI | NO |
| Ultime mestruazioni avvenute: | | |
| • Ha subito interventi chirurgici su: | | |
| testa..... | addome..... | |
| collo..... | estremità..... | |
| torace..... | altro..... | |
| • E' a conoscenza di avere uno o più dispositivi medici o corpi metallici all'interno del corpo? | SI | NO |
| • E' portatore di: | | |
| Pace-Maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci? | SI | NO |
| Schegge o frammenti metallici? | SI | NO |
| Clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello? | SI | NO |
| Valvole cardiache? | SI | NO |
| Stents? | SI | NO |
| Defibrillatore impiantati? | SI | NO |
| Distrattori della colonna vertebrale? | SI | NO |
| Pompa di infusione per insulina o altri farmaci? | SI | NO |
| Corpi metallici nelle orecchie o impianti per l'udito? | SI | NO |
| Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali? | SI | NO |
| Altri tipi di stimolatori? | SI | NO |
| Corpi intrauterini? | SI | NO |
| Derivazione spinale o ventricolare? | SI | NO |
| Protesi dentarie fisse o mobili? | SI | NO |
| Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, etc.), viti, chiodi, filo, etc... ? | SI | NO |
| Altre protesi? | SI | NO |
| Localizzazione..... | | |
| • Ritiene di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe NON essere a conoscenza? | SI | NO |

Modulo di anamnesi e consenso informato
per l'esame di Risonanza Magnetica

- Informazioni supplementari:
E' affetto da anemia falciforme? SI NO
E' portatore di protesi del cristallino? SI NO
E' portatore di piercing? SI NO
Localizzazione
- Presenta tatuaggi? SI NO
Localizzazione
- Sta utilizzando cerotti medicali? SI NO

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 al viso.

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'INDAGINE RM

Firma del Medico

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 delle risposte fornite, acconsente all'esecuzione dell'esame RM.

Firma del paziente (**)

Data

.....

.....

Consenso informato alla somministrazione di mezzo di contrasto

Il paziente ritiene di essere stato sufficientemente informato sui rischi legati alla somministrazione del mezzo di contrasto. Pertanto, reso edotto dal Medico responsabile della prestazione diagnostica della valutazione dei benefici diagnostici e dei rischi correlati, ne acconsente la somministrazione.

Firma del paziente (**)

Data

.....

.....

(*) Il questionario a firma del Medico Responsabile della prestazione diagnostica ed i consensi informati legati sia all'esecuzione dell'indagine RM che alla somministrazione del mezzo di contrasto a firma del paziente devono essere necessariamente apposti su un unico foglio, anche eventualmente in modalità fronte/retro. Si raccomanda poi, se del caso, di prevedere consecutivamente /sullo stesso foglio o su un modello a parte) eventuali ulteriori consensi a firma del paziente, realizzati nelle modalità analoghe a quelle riportate a mero titolo di esempio.

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

Ulteriori consensi informati

Consenso relativo a _____

(inserire una nota esplicativa sui rischi legati alla specifica procedura)

Il paziente si ritiene sufficientemente informato sui rischi legati a _____. Pertanto, reso edotto dal Medico Responsabile della prestazione diagnostica della valutazione dei benefici e dei rischi correlati, dà il proprio consenso.

Firma del paziente

Data

.....

.....

La **Risonanza Magnetica (RM)** è una tecnica diagnostica che non utilizza radiazioni ionizzanti o sostanze radioattive, bensì sfrutta intensi campi magnetici e onde elettromagnetiche a radiofrequenza (RF).

L'esame è svolto in accordo con le norme e gli standard di sicurezza; in base alle conoscenze attuali, non comporta effetti biologici rilevanti su pazienti che non abbiano controindicazioni. Sebbene non esistano evidenze in grado di provare una sensibilità dell'embrione ai campi magnetici e alle onde elettromagnetiche RF utilizzati per indagini diagnostiche con RM, è **prudente non effettuarla durante il primo trimestre di gravidanza**. Nel corso della RM è molto rara l'insorgenza di reazioni avverse: l'evenienza più probabile può essere una crisi di claustrofobia a carattere passeggero.

I pazienti possono essere sottoposti all'esame RM solo **previa esclusione di ogni possibile controindicazione all'esame e compilazione dell'apposito "questionario anamnestico e consenso informato"** (ad es. **Pace-maker cardiaco, dispositivi medici o corpi metallici all'interno del corpo, impianti per l'udito, altro - vedi questionario anamnestico**). Per effettuare l'esame RM è necessario **spogliarsi** ed indossare l'apposito camice monouso fornito dal personale di servizio, utilizzare la cuffia o gli appositi tappi auricolari, **togliere** eventuale trucco per il viso e lacca per capelli e depositare nello spogliatoio o negli appositi armadietti ogni oggetto metallico, ferromagnetico o di supporto magnetico (ad esempio: **telefoni cellulari, monete, orologi, chiavi, orecchini, spille, gioielli, ciondoli, fermagli per capelli, tessere magnetiche, carte di credito o altre schede magnetiche, lenti a contatto, occhiali, protesi dentarie e apparecchi per l'udito, corone temporanee mobili, cinto erniario, mollette, coltelli tascabili, ferma-soldi, ganci automatici, bottoni metallici, spille, vestiti con lampo, pinzette metalliche, limette, forbici o altri eventuali oggetti metallici**).

La durata media dell'esame RM è di circa 30 minuti. Durante l'acquisizione sono udibili rumori ritmici di intensità variabile provocati dal normale funzionamento dell'apparecchiatura. Le condizioni di ventilazione, illuminazione e temperatura sono tali da assicurare il massimo comfort e ridurre possibili effetti claustrofobici. Durante l'esame è necessario rimanere tranquilli e mantenere il massimo grado di immobilità per non compromettere il risultato diagnostico dell'immagine. La respirazione regolare e la deglutizione della saliva non disturbano l'esame. In alcuni tipi di indagine può essere richiesto al paziente di collaborare mediante atti respiratori e brevi periodi di apnea al fine di migliorare la qualità diagnostica.

Nella sala comando è sempre presente personale pronto ad intervenire in caso di qualsiasi necessità. Il paziente è sempre in contatto vocale e visivo con gli operatori che eseguono un controllo costante durante tutta la fase di esame. In caso di insorgenza di disturbi come sensazione di claustrofobia, calore, prurito, affanno, palpitazioni o svenimento è opportuno che il paziente, utilizzando l'apposito **campanello di segnalazione** che ha in mano, avverta quanto prima il Medico Responsabile dell'esame RM. Ogni eventuale chiarimento in merito all'esecuzione dell'esame RM può essere richiesto al personale medico e tecnico di servizio presso la diagnostica RM.

ATTENZIONE

Legga e compili attentamente in ogni sua parte il QUESTIONARIO ANAMNESTICO e il CONSENSO INFORMATO all'esecuzione della RISONANZA MAGNETICA prima di essere sottoposto all'esame, in quanto le risposte affermative ad uno o più quesiti possono comportare controindicazione, anche assoluta, all'esecuzione dell'esame.

INFORMATIVA ALL'ESECUZIONE DI RISONANZA MAGNETICA CON MEZZO DI CONTRASTO (MDC) PER VIA INIETTIVA

In alcuni tipi di indagine è indispensabile, per una corretta diagnosi, somministrare il **mezzo di contrasto (MDC)** per via endovenosa. La somministrazione di MDC va però evitata in caso di **insufficienza renale (malfunzionamento dei reni)**, della quale pertanto è necessario informare il Medico Radiologo. Anche la **gravidanza** e l'**allattamento** devono essere comunicate: in caso di gravidanza deve essere valutata attentamente la reale necessità di effettuare l'esame con MDC; l'allattamento va sospeso per 24 ore dopo l'iniezione di MDC. La somministrazione del MDC può raramente comportare alcuni lievi effetti collaterali specie in pazienti già allergici (sensazione di calore, rossore, nausea, vomito, cefalea, eruzioni cutanee, prurito) che si risolvono spontaneamente o con una leggera terapia endovenosa. L'impiego del mezzo di contrasto, in casi rarissimi e con un'incidenza non prevedibile né quantificabile, e comunque molto bassa, può comportare gravi reazioni come shock anafilattico. È necessario pertanto comunicare al Medico Responsabile dell'esame **ogni eventuale tipo di allergia** prima dell'esame stesso. Un medico esperto nella Risonanza Magnetica è sempre presente durante l'esecuzione dell'esame RM ed un Medico Rianimatore è sempre immediatamente reperibile all'interno della struttura per garantire un pronto intervento in caso di emergenza. Ogni eventuale chiarimento in merito all'esecuzione dell'esame RM può essere richiesto al personale medico e tecnico in servizio presso la diagnostica RM.