

MODULO INFORMATIVO/ANAMNESTICO PER ESECUZIONE DI INDAGINI DI RISONANZA MAGNETICA

Cognome _____ Nome _____
Data di nascita _____ Peso (Kg) _____

IN BASE ALLA VALUTAZIONE CLINICO-ANAMNESTICA E ALLA DOCUMENTAZIONE ATTUALMENTE A DISPOSIZIONE, SI DICHIARA CHE IL PAZIENTE

PRESENTA UNA DELLE SEGUENTI **CONDIZIONI** PER LE QUALI L'**INDAGINE RM** SARÀ ESEGUIBILE SOLO PREVIA VALUTAZIONE DEI RISCHI CHE LA STESSA PUÒ COMPORTARE:

Dispositivi medici impiantabili attivi (pacemaker, defibrillatore, neurostimolatore,...) <i>Se Si specificare la tipologia di dispositivo:.....</i> in assenza di tale informazione è obbligatorio, al momento dell'esecuzione della prestazione, presentare la documentazione relativa al dispositivo attivare specifico percorso aziendale se presente-la decisione finale di eseguire l'esame spetta alla Radiologia e solo per dispositivi CONDITIONAL	NO ☐ SI ☐
Elementi endocorporei metallici (catetere Swan-Ganz, chiodi/fili/placche/viti, clips aneurismatiche cerebrali vascolari, distrattori colonna, elettrocateri, filtri vascolari, interventi cataratta anteriori anno 2000, IUD, proiettili ritenuti, protesi stapediali, schegge/ frammenti metallici, shunt ventricolo-peritoneali, stent/spirali, valvole cardiache) <i>Se Si, specificare tipologia e sede:.....</i> Attivare specifico percorso aziendale se presente-la decisione finale di eseguire l'esame spetta alla Radiologia	NO ☐ SI ☐
- Altre condizioni di rischio e/o da segnalare ☐ Claustrofobia ☐ Espansori mammari ☐ Gravidanza ☐ Obesità (taleda compromettere l'ingresso del paziente nel tunnel del magnete) ☐ Tatuaggi, piercing non rimovibili Attivare specifico percorso aziendale se presente-la decisione finale di eseguire l'esame spetta alla Radiologia	

PRESENTA UNA DELLE SEGUENTI **CONDIZIONI** PER LE QUALI L'EVENTUALE SOMMINISTRAZIONE DI **MEZZO DI CONTRASTO** IN CORSO DI INDAGINE RM SARÀ POSSIBILE SOLO PREVIA VALUTAZIONE DEI RISCHI CHE LA STESSA PUÒ COMPORTARE:

Ha eseguito in precedenza esami RM con MDC	NO ☐ SI ☐ NON SO ☐
Ha manifestato precedenti reazioni avverse a RM con MDC Se Si descrivere il tipo di reazione:.....	NO ☐ SI ☐
- Anamnesi positiva per altre problematiche allergiche <i>Se Si specificare:</i> ☐ Allergie a farmaci/sostanze, specificare farmaco/sostanza:..... ☐ Anafilassi idiopatica ☐ Angioedema ricorrente ☐ Asma bronchiale non controllata da terapia ☐ Malattia allergica trattata farmacologicamente ☐ Mastocitosi ☐ Orticaria in atto Attivare specifico percorso aziendale se presente -la decisione finale di eseguire l'esame spetta alla Radiologia ed in caso di reazione a MDC, previa valutazione del tipo di molecola precedentemente utilizzata	NO ☐ SI ☐
- Anamnesi positiva per condizioni predisponenti un danno renale <i>Se Si Specificare:</i> ☐ Diabete mellito ☐ Insufficienza renale acuta episodi pregressi ☐ Insufficienza renale cronica, se in emodialisi indicare giornate di trattamento..... ☐ Nefropatie/Proteinuria Se Si è obbligatorio, al momento dell'esecuzione della prestazione, presentare il referto di creatinine mia (comprensivo di eGFR) con data non antecedente a 3 mesi	NO ☐ SI ☐

Data _____

Timbro e firma del Medico proponente _____

Firma per presa Visione del medico Radiologo _____

Raccomandazioni generali:

- Per **RM cardiache/addominali** -> digiuno da cibi solidi da almeno 6 ore, continuando la normale assunzione di acqua e di eventuali farmaci,
- Il paziente prima dell'esame deve **rimuovere tutti i prodotti cosmetici ed eventuali lenti a contatto.**

Le indicazioni fornite sul presente modulo fanno riferimento a linee guida internazionali di riferimento (ESUR 10.0 - anno 2018)

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 l'esecuzione dell'esame.

Firma del paziente (*) _____

Data _____

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