

## 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:**

<ul style="list-style-type: none"> <li>● Dispositivi medici impiantabili attivi (pacemaker, defibrillatore, neurostimolatore,...) <span style="float: right;">NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/></span></li> </ul> <p style="font-size: small; margin-top: 5px;"><i>Se Si specificare la tipologia di dispositivo:.....</i> <b>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</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Elementi endocorporei <u>metallici</u> (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) <span style="float: right;">NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/></span></li> </ul> <p style="font-size: small; margin-top: 5px;"><i>Se Si, specificare tipologia e sede:.....</i> <b>Attivare specifico percorso aziendale se presente-la decisione finale di eseguire l'esame spetta alla Radiologia</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Altre condizioni di rischio e/o da segnalare             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Claustrofobia</li> <li><input type="checkbox"/> Espansori mammari</li> <li><input type="checkbox"/> Gravidanza</li> <li><input type="checkbox"/> Obesità (taleda compromettere l'ingresso del paziente nel tunnel del magnete)</li> <li><input type="checkbox"/> Tatuaggi, piercing non rimovibili</li> </ul> </li> </ul> <p style="font-size: small; margin-top: 5px;"><b>Attivare specifico percorso aziendale se presente-la decisione finale di eseguire l'esame spetta alla Radiologia</b></p>

**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:**

<ul style="list-style-type: none"> <li>● Ha eseguito in precedenza esami RM con MDC <span style="float: right;">NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NON SO <input type="checkbox"/></span></li> <li>● Ha manifestato precedenti reazioni avverse a RM con MDC <span style="float: right;">NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/></span></li> </ul> <p style="font-size: small; margin-top: 5px;"><b>Se Si descrivere il tipo di reazione:.....</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Anamnesi positiva per altre problematiche allergiche <span style="float: right;">NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/></span></li> </ul> <p style="font-size: small; margin-top: 5px;"><i>Se Si specificare:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Allergie a farmaci/sostanze, specificare farmaco/sostanza:.....</li> <li><input type="checkbox"/> Anafilassi idiopatica</li> <li><input type="checkbox"/> Angioedema ricorrente</li> <li><input type="checkbox"/> Asma bronchiale non controllata da terapia</li> <li><input type="checkbox"/> Malattia allergica trattata farmacologicamente</li> <li><input type="checkbox"/> Mastocitosi</li> <li><input type="checkbox"/> Orticaria in atto</li> </ul> <p style="font-size: small; margin-top: 5px;"><b>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</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Anamnesi positiva per condizioni predisponenti un danno renale <span style="float: right;">NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/></span></li> </ul> <p style="font-size: small; margin-top: 5px;"><i>Se Si Specificare:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Diabete mellito</li> <li><input type="checkbox"/> Insufficienza renale acuta episodi progressivi</li> <li><input type="checkbox"/> Insufficienza renale cronica, se in emodialisi indicare giornate di trattamento.....</li> <li><input type="checkbox"/> Nefropatie/Proteinuria</li> </ul> <p style="font-size: small; margin-top: 5px;"><b>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</b></p>

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,
- Prima dell'esame devono essere rimossi tutti i prodotti cosmetici, eventuali lenti a contatto, apparecchi acustici, protesi dentarie mobili, oggetti metallici e dispositivi elettronici (cellulari, smartwatch, tessere magnetiche, chiavi, gioielli, piercing rimovibili, ecc.). Per la custodia temporanea degli effetti personali sono disponibili appositi armadietti nello spogliatoio. Ciascun utente è responsabile della rimozione e della custodia dei propri effetti personali e dei dispositivi rimovibili prima dell'accesso alla sala RM.

**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.