

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO

Gentile paziente, l'indagine diagnostica richiesta prevede l'impiego di campi magnetici (statici) e di onde di radiofrequenza analoghe a quelle emesse da radio, TV e telefoni cellulari. A volte viene impiegato anche un mezzo di contrasto paramagnetico per via endovenosa che migliora l'esame, ed è necessario in certe situazioni. Il mezzo di contrasto è differente da quello utilizzato in Radiologia convenzionale e in TAC, per cui eventuali allergie che si siano presentate in precedenza con esami di questo tipo non riguardano il mezzo di contrasto della Risonanza. Anche questo mezzo di contrasto può comunque dare reazioni avverse, che si presentano in meno dell'1% dei casi e sono spesso localizzate nel punto di iniezione (senso di calore). Rare sono le reazioni medio-gravi (0,05%) e quasi sempre di natura allergica: la preghiamo comunque di segnalare al medico radiologo le patologie di cui è portatore ed in particolare quelle allergiche.

- l'esame non è doloroso né fastidioso e non prevede manovre invasive;
- durante l'esame si sentono rumori ritmici che dipendono dal normale funzionamento dell'apparecchiatura;
- l'esame dura circa 10-20 minuti a seconda del distretto o del quesito clinico. È **IMPORTANTE** l'assoluta immobilità durante l'esame al fine di ottenere immagini di qualità.

Le informazioni riportate in questo foglio riassumono quelle contenute nel più ampio materiale informativo che le abbiamo già fornito e che comunque è a sua disposizione. Se comunque le risultassero poco comprensibili o se avesse dubbi in proposito, si rivolga con fiducia al personale del servizio, che Le fornirà ogni possibile ulteriore chiarimento.

Il sottoscritto, informato in modo chiaro e completo:

- sul tipo di indagine diagnostica da eseguire;
- sulla modalità di esecuzione dell'indagine e sulla tipologia degli strumenti utilizzati;
- sui possibili rischi legati alla eventuale iniezione per via endovenosa di mezzi di contrasto paramagnetici;
- sulla possibilità/impossibilità di effettuare indagini alternative di pari efficacia;
- sui possibili rischi relativi e di eventuali danni per la salute e per la vita;
- sugli inconvenienti conseguenti alla mancata esecuzione dell'indagine, per l'insufficienza dei dati raccolti al fine di raggiungere una diagnosi esaustiva;
- sul parere del medico e che l'indagine proposta è quella che offre il miglior rapporto rischio/beneficio sulla base delle conoscenze attuali;
- sul fatto che l'indagine possa essere immediatamente sospesa nell'eventuale comparsa di eventi avversi.

dichiara quanto segue:

- ACCETTA L'INDAGINE PROPOSTA ED APPONENDO LA PROPRIA FIRMA DÀ IL PROPRIO RESPONSABILE CONSENSO ALLO SVOLGIMENTO DELLA STESSA.
- SE NECESSARIO l'utilizzo di mezzo di contrasto, ACCONSENTE ALLA SOMMINISTRAZIONE DEL MEZZO DI CONTRASTO per via endovenosa.

Nome e Cognome Medico

Firma del Medico

Firma del Paziente/
chi ne fa le veci



**RICHIESTA ESAME RM
per pazienti esterni**

Residenza: Indirizzo

Cap, Città (Prov) _____ Telefono _____

Quesito clinico:

Urgenza (Motivo)

Notizie anamnestiche di rilievo:

Distretto	Note	senza Mdc	con Mdc	Angio RM
Encefalo		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spalla	Dx <input type="checkbox"/> Sin <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ginocchio	Dx <input type="checkbox"/> Sin <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anca	Dx <input type="checkbox"/> Sin <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colonna	Cerv. <input type="checkbox"/> Dors. <input type="checkbox"/> Lomb. <input type="checkbox"/> In toto <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Addome		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pelvi		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vie Biliari		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altro		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sedazione profonda SI NO (se sì: Presi accordi con anestesista? SI NO)

Medico di riferimento (timbro e firma)

RICHIESTA RISONANZA MAGNETICA:

preparazione all'esame

PRIMA DI EFFETTUARE L'ESAME OCCORRE TOGLIERE:

- Abiti (viene fornito camice indumento adatto all'indagine)
- Occhiali e/o lenti a contatto
- Corone dentarie temporanee mobili
- Dentiera
- Fermagli per capelli, mollette, collane
- Gioielli, orologi, carte di credito e altre schede magnetiche
- Monete, portachiavi, chiavi, piccoli oggetti metallici, anche di occhiali da vista
- Apparecchi per udito
- Cinta sanitaria
- Piercing
- NON TRUCCARSI O UTILIZZARE Cosmetici (es. Rimmel). Togliere unghie finte

Per presa visione dei dati di anamnesi e autorizzazione all'effettuazione dell'esame:

Firma del Medico

Firma del Paziente

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI

dopo aver ricevuto apposita ed idonea informativa ai sensi del **DGPR 2016/679**, che i propri dati personali ed in particolare quei dati personali idonei a rivelare lo stato di salute, verranno utilizzati a fini di diagnosi e cura, per l'accertamento e la certificazione dello stato di salute e degli adempimenti amministrativo-contabili necessari per la gestione delle attività istituzionali, per l'effettuazione di indagini sul gradimento dei servizi e delle prestazioni da parte dei cittadini.

Data ___ / ___ /

Firma del Paziente

QUESTIONARIO PRELIMINARE PER L'ESECUZIONE DELL'ESAME RM

CONTROINDICAZIONI ASSOLUTE ALL'ESECUZIONE DELL'INDAGINE:

- Presenza di Pace-Maker o dispositivi endocorporei ad attivazione magnetica (es. elettrodi, neurostimolatori)
- Presenza di protesi ferromagnetiche (o di non accertabile compatibilità con i campi magnetici) posizionate in sede endocranica, endoorbitaria, endovascolare o suscettibili di mobilità passiva

Soffre di claustrofobia?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Ha lavorato o lavora come saldatore, tornitore, carrozziere?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Ha subito incidenti stradali, incidenti di caccia?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
È stato vittima di traumi da esplosione?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
È in stato di gravidanza?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Ultime mestruazioni avvenute in data / /	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Ha subito interventi chirurgici a:		
Testa	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Collo	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Torace	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Addome	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Arti inferiori / superiori	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Altro	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
È portatore di:		
Schegge o frammenti metallici	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Clips metalliche su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Valvole cardiache	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Distrattori della colonna vertebrale	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Pompe per infusione insulina o altri farmaci	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Pacemaker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Corpi metallici nelle orecchie, impianti per udito, protesi otologiche	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali, stimolatori di crescita ossea	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Corpi intrauterini (spirale-diaframma)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Protesi peniene	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Derivazioni, connettori spinali o ventricolari	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Protesi metalliche per pregresse fratture, interventi correttivi articolari	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<i>(Localizzazione:)</i>		
Chiodi, viti, fili, ecc.	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Protesi dentarie fisse o mobili	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Impianti dispositivi oculari	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Protesi del cristallino	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
È stato sottoposto a procedure interventistiche angiografiche: spirali, stent, filtri endovascolari	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<hr/>		
SWAN GANZ	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Protesi mammarie	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Serbatoi o cateteri sottocutanei per terapie farmacologiche	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Pallottole o proiettili	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Cerotto alla nitroglicerina	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
È affetto da anemia falciforme?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Soffre di asma o allergie (farmaci, mezzi di contrasto, ecc.)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Soffre di insufficienza renale	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

In presenza di elementi metallici all'interno del corpo l'indagine RM sarà eseguibile solo previa valutazione da parte del medico responsabile dell'esame dei rischi che la stessa può comportare.

Dichiarazione di compatibilità del medico: _____