


Informativa e consenso RISONANZA MAGNETICA
Questionario per le indagini di Risonanza Magnetica

Compilazione a cura del personale del servizio

Questionario somministrato da:

Cognome e Nome _____ Qualifica _____

Dati paziente:

Signora/Signor _____

Data di nascita _____ Data esecuzione esame _____ Peso Kg _____

Valore di creatinina _____ mg/dl (eseguita entro 60 giorni dalla data dell'esame)

Controindicazioni assolute che precludono l'esecuzione dell'esame:

	SI	NO
È portatore di Pace-maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci unsafe ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
È portatore di Pompa sotto cute per infusione di insulina o altri farmaci?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Controindicazioni relative che non precludono l'esecuzione dell'indagine, ma necessitano di valutazione:

	SI	NO
Si è sottoposto in precedenza ad esami RMN?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha avuto reazioni allergiche dopo mezzo di contrasto RMN?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soffre di claustrofobia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha mai condotto un lavoro come saldatore, tornitore o carrozziere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha mai subito incidenti stradali e/o incidenti di caccia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
È stato vittima di traumi da esplosione?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha subito interventi chirurgici nei seguenti distretti? Testa _____ Collo _____ Torace _____ Addome _____ Estremità _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clips su aneurismi (vasi sanguigni) aorta-cervello? (quando non specificatamente RM compatibili)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
È portatore di schegge o altri frammenti metallici?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
È portatore di valvole cardiache?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
È portatore di distrattori della colonna vertebrale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
È portatore di corpi metallici nelle orecchie o impianti per l'udito?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
È portatore di neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
È portatore di deviazione spinale o ventricolare?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
È portatore di protesi metalliche per pregresse fratture, interventi correttivi articolari (ad esempio: chiodi, viti, filo)? Se sì, precisare la localizzazione _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
È portatore di protesi dentarie fisse o mobili?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
È portatore di protesi del cristallino?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
È portatore di dispositivi di contraccezione intra-uterini?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
È portatore di cerotti medicali?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
È portatore di tatuaggi o piercing?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
È affetto da insufficienza renale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
È in attesa di trapianto di fegato?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
È affetto da anemia falciforme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si trova in gravidanza certa o presunta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soffre di insufficienza renale grave ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Data _____

Firma e timbro del medico responsabile dell'esame RM _____

**Informativa e consenso RISONANZA MAGNETICA*****Informazione e consenso per esame di Risonanza Magnetica***

Sono il dott. _____ e desidero darLe alcune informazioni inerenti l'indagine che Le proponiamo.

La Risonanza Magnetica non comporta l'impiego di raggi x, né di sostanze radioattive. Vengono utilizzati un campo magnetico statico molto intenso e onde elettromagnetiche a radiofrequenza del tutto analoghe a quelle delle trasmissioni radiotelevisive che in alcuni casi possono produrre effetti indesiderati.

L'esame non è assolutamente doloroso. Lei dovrà mantenere per un tempo di 20-30 minuti la massima immobilità al fine di consentire la migliore riuscita tecnica dell'esame.

Durante l'esame sentirà un rumore ritmico provocato dal normale funzionamento dell'apparecchiatura.

Per effettuare l'esame occorre togliere: cosmetici dal volto, lenti a contatto, apparecchi per l'udito, dentiere, fermagli per capelli, mollette, occhiali, gioielli, orologi, carte di credito o schede magnetiche, ferma-soldi, monete, chiavi, ganci, spille, cerniere lampo e qualsiasi oggetto metallico.

In alcuni casi è necessario completare l'indagine con un mezzo di contrasto per via endovenosa, che viene iniettato nel circolo sanguigno e rende meglio visibili all'esame gli organi interni

Il mezzo di contrasto utilizzato per la risonanza magnetica non contiene iodio e viene definito paramagnetico per la sua proprietà di interagire con il campo magnetico.

L'uso del mezzo di contrasto paramagnetico può causare, anche se raramente, fenomeni di intolleranza non prevedibili e solitamente lievi, quali: alterazione del gusto, nausea e vomito, cefalea, orticaria, dolore nel sito di iniezione. Sono eccezionali le manifestazioni allergiche gravi con disturbi cardio-circolatori e respiratori. Non sono note interazioni tra tale sostanza e altri farmaci.


Informativa e consenso RISONANZA MAGNETICA
DICHIARAZIONE DEL MEDICO

Io sottoscritto/a _____ dichiaro di aver informato il paziente sulle sue condizioni cliniche e sui relativi possibili trattamenti, procedure ed accertamenti, rischi ed effetti collaterali, in modo chiaro, con linguaggio semplice, assicurandomi della sua comprensione, di aver risposto ad ogni domanda e prendere atto della sua libera decisione di seguito espressa.

Data ___/___/_____

Firma e timbro del medico _____

FIRMA INFORMATIVA ED ESPRESSIONE DEL CONSENSO

Io sottoscritto/a _____ dichiaro di aver ricevuto informazioni che mi hanno permesso di comprendere le mie condizioni cliniche e le procedure mediche propostemi, eventuali alternative, rischi e complicanze del trattamento anche alla luce degli ulteriori chiarimenti da me richiesti e le conseguenze della non effettuazione dell'indagine proposta. Dichiaro inoltre di acconsentire o di rifiutare il consenso alle procedure mediche descritte per l'accertamento diagnostico relativo alla mia patologia e al conseguente trattamento terapeutico e di essere *consapevole che potrò, in qualsiasi momento successivo, revocare il consenso qui espresso.*

ACCONSENSO

ad essere sottoposto all'esame RM richiesto CON somministrazione di mezzo di contrasto (MdC)

ACCONSENSO

ad essere sottoposto all'esame RM richiesto SENZA somministrazione di mezzo di contrasto (MdC)

NON ACCONSENTO

ad essere sottoposto all'esame RM richiesto

Data ___/___/_____ Firma del paziente _____

Firma dell'eventuale mediatore culturale _____

CONSENSO ESPRESSO DA GENITORI DI PAZIENTE MINORE

L'espressione del consenso sopra indicata corrisponde non corrisponde alla volontà del paziente minore.

Cognome e nome dei genitori

Qualora uno dei genitori non fosse in grado di firmare il consenso, sarà cura del genitore presente compilare ed allegare il modulo M PRS 11-DS-11, "Consenso minori in caso di assenza di uno dei genitori"

CONSENSO IN CASO CHE IL PAZIENTE SIA IMPOSSIBILITATO ALLA FIRMA

- Impossibilitato a firmare
- Non in grado di intendere e di volere
- Altro: specificare _____

Io sottoscritto/a _____ in qualità di _____ dichiaro di aver ricevuto informazioni che mi hanno permesso di comprendere le condizioni cliniche del paziente _____ e i trattamenti proposti, anche alla luce degli ulteriori chiarimenti da me richiesti.

Dichiaro inoltre di acconsentire o di rifiutare il consenso per le procedure mediche sopra elencate e di essere consapevole che potrò, in qualsiasi momento successivo, revocare il consenso qui espresso.

ACCONSENSO

NON ACCONSENTO

che il paziente venga sottoposto alle procedure mediche sopra elencate.

Firma _____