

	Regione Veneto Azienda ULSS 3 Serenissima	RAD 17/5/2017 Rev 1
	CONSENSO INFORMATO ESAME DI RISONANZA MAGNETICA	
	U.O.C. NEURORADIOLOGIA	U.U.O.C.C. RADIOLOGIA

INFORMATIVA PER IL PAZIENTE

La Risonanza magnetica (RM) è una metodica diagnostica che utilizza campi magnetici ed onde elettromagnetiche a radiofrequenza. E' un esame diagnostico non invasivo che in base alle conoscenze attuali non comporta effetti biologici rilevanti su Pazienti privi di controindicazioni. Tuttavia è prudente non sottoporre ad esame RM le Pazienti in stato di gravidanza nel primo trimestre.

All'arrivo il Paziente verrà accolto dal personale del servizio, verrà identificato e sarà verificata la presenza della documentazione (richiesta dell'esame, questo modulo di consenso e pregressa documentazione clinica a strumentale). I Pazienti, prima di essere sottoposti all'esame RM, risponderanno alle domande del questionario anamnestico (riportato nel retro di questo foglio) al fine di escludere ogni possibile controindicazione all'esame di RM. Prima dell'esame si raccomanda di depositare nello spogliatoio e/o negli appositi armadietti (muniti di serratura con chiave amagnetica) ogni oggetto metallico, ferromagnetico o con supporto magnetico, spogliarsi ed indossare l'apposito camice monouso e i tappi auricolari forniti dal personale di servizio. Si raccomanda di evitare di truccare il viso e di utilizzare la lacca per i capelli poiché possono creare artefatti che riducono la qualità delle immagini.

Verranno fornite informazioni circa la durata dell'esame, l'importanza della completa collaborazione, sull'eventuale somministrazione del mezzo di contrasto (vedi relativo Consenso Informato). Se necessario verrà reperito un accesso venoso periferico (di norma in una vena del braccio).

L'apparecchiatura RM è a forma di tunnel aperto alle due estremità. Produce un rumore ritmico. Nel corso dell'esame è necessario mantenere l'assoluta immobilità respirando regolarmente. Sono previsti strumenti di comunicazione con il personale che è sempre presente durante l'esame. In qualsiasi momento l'esame può essere sospeso.

Non è prevista alcuna controindicazione alla ripresa delle normali attività dopo l'esame.

Cognome e Nome e data di nascita del Paziente

RACCOLTA DATI ANAMNESTICI CLINICAMENTE RILEVANTI E RELATIVI ALL'ESAME DI RISONANZA MAGNETICA

Firma del Medico Richiedente l'esame

QUESTIONARIO ANAMNESTICO ESAME RM

Cognome e Nome e data di nascita del Paziente

Si raccomanda di depositare nello spogliatoio e/o negli appositi armadietti (muniti di serratura con chiave amagnetica) ogni oggetto metallico, ferromagnetico o con supporto magnetico (ad esempio: telefoni cellulari; monete; orologi; chiavi; orecchini; spille; gioielli; fermagli per capelli; tessere magnetiche; carte di credito); togliere eventuali protesi dentarie mobili, apparecchi per l'udito, lenti a contatto o occhiali

Ha eseguito in precedenza esami RM?	SI	NO
Soffre di claustrofobia?	SI	NO
Ha mai lavorato o lavora come saldatore, tornitore o carrozziere?	SI	NO
Ha mai subito incidenti stradali o di caccia?	SI	NO
E' stato vittima di traumi da esplosioni?	SI	NO
E' in stato di gravidanza certa o presunta?	SI	NO
Ha mai avuto reazioni allergiche dopo iniezione di mezzo di contrasto?	SI	NO
Soffre di allergie?	SI	NO
Soffre di insufficienza renale?	SI	NO
Ha subito interventi chirurgici su: Testa _____ Addome _____		
Collo _____ Estremità _____ Torace _____		
Occhi _____ Altro _____	SI	NO
E' portatore di:		
-dispositivi medici o corpi metallici	SI	NO
-Pace- maker cardiaco o altri cateteri cardiaci?	SI	NO
-Schegge o frammenti metallici?	SI	NO
-Clips e stent su aneurismi, vasi sanguigni, aorta?	SI	NO
-Valvole cardiache artificiali?	SI	NO
-Defibrillatori, pompe di infusione, neurostimolatori?	SI	NO
-Corpi metallici nelle orecchie o impianti per l'udito?	SI	NO
-Distrattori della colonna vertebrale?	SI	NO
-Dispositivi intrauterini (IUD)	SI	NO
-Derivazioni spinali o ventricolari?	SI	NO
-Protesi dentarie fisse o mobili?	SI	NO
-Altre protesi metalliche?	SI	NO
-Anemia falciforme	SI	NO
Ritiene di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui non potrebbe essere a conoscenza?	SI	NO
Portatore di protesi del cristallino?	SI	NO
Portatore di piercing?	SI	NO
Portatore di tatuaggi?	SI	NO

IL MEDICO RADIOLOGO RESPONSABILE DELL'ESAME RM

preso atto delle risposte fornite dal Paziente ed espletata l'eventuale visita medica e /o le ulteriori indagini diagnostiche preliminari

AUTORIZZA L'ESECUZIONE DELL'INDAGINE RM

Firma del Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame RM

Data

_____ /_____/_____

CONSENSO INFORMATO CONDIVISO E LIBERAMENTE ESPRESSO DAL PAZIENTE PER L'ESECUZIONE DELL'INDAGINE DI RISONANZA MAGNETICA

Dopo aver preso visione delle informazioni relative all'esame RM riportate nell'informativa, valutate le informazioni ricevute ed i chiarimenti che mi sono stati forniti, ritengo di essere stato sufficientemente informato sui rischi e sulle controindicazioni e sugli eventuali danni per la salute e per la vita legati all'esposizione a campi elettromagnetici generati dall'apparecchiatura RM.

Pertanto consapevole dell'importanza delle risposte fornite, acconsento all'esecuzione dell'esame.

Data

Firma del Paziente

(o del genitore/tutore nei casi previsti dalla legge)

_____/_____/_____
