

QUESTIONARIO RISONANZA MAGNETICA

NOME: _____ COGNOME: _____

DATA DI NASCITA: _____ ALTEZZA: _____ cm PESO: _____ kg

- Ha eseguito in precedenza esami RM ? NO SI
- Ha avuto reazioni allergiche dopo mezzo di contrasto RM ? NO SI
- Soffre di claustrofobia ? NO SI

- Professione?
- Ha mai subito incidenti stradali ? NO SI
- È stato vittima di traumi da esplosioni? NO SI
- È in stato di gravidanza? NO SI
- Data delle ultime mestruazioni
- È nota un'insufficienza renale? Grado? NO SI

È a conoscenza di aver uno o più dei seguenti dispositivi medici o corpi metallici all'interno del corpo:

- Schegge o frammenti metallici ? NO SI
- Clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello ? NO SI
- Valvole cardiache ? NO SI
- Stent vascolari? NO SI
- Defibrillatori impiantati ? NO SI
- Distrattori della colonna vertebrale ? NO SI
- Pompa d'infusione per insulina o altri farmaci ? NO SI
- Pace-Maker cardiaco ? NO SI
- Corpi metallici nelle orecchie o impianti per udito ? NO SI
- Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali ? NO SI
- Altri tipi di stimolatori ? NO SI
- Spirale intrauterini (IUD) ? NO SI
- Derivazione spinale o ventricolare ? NO SI
- Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, etc.) viti, chiodi, filo, ecc....? NO SI
- Altre protesi ? NO SI

Localizzazione

- Protesi dentarie fisse o mobili ? NO SI
- Ritieni di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe NON esserne a conoscenza ? NO SI
- Ha subito interventi chirurgici ? NO SI

Localizzazione

Informazioni supplementari:

- È portatore di lenti intraoculari ? NO SI
- È portatore di piercing o tatuaggi ? NO SI

Localizzazione

Consenso del medico all'esecuzione dell'indagine:

IL MEDICO RESPONSABILE DELLA PRESTAZIONE

Preso atto delle risposte fornite dal paziente ed espletata l'eventuale visita medica

AUTORIZZA L'ESECUZIONE DELL'INDAGINE RM

Bolzano, li

.....
Firma del medico radiologo responsabile dell'esecuzione dell'esame

DICHIARAZIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE E DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DIAGNOSTICO

Il/La sottoscritto/a nato/a il

con la seguente diagnosi/sospetto diagnostico

confermo di essere stato/a adeguatamente informato/a da sulla mia situazione clinica e di

aver ricevuto al riguardo chiare risposte ad ogni mia domanda.

Ho così compreso che allo scopo di migliorare la situazione attuale e/o di evitare peggioramenti delle mie condizioni cliniche si rende necessario:

indagini diagnostico-strumentali tramite Risonanza Magnetica

Possibili complicanze in caso di somministrazione di mezzo di contrasto:

I mezzi di contrasto attualmente a disposizione sono prodotti estremamente sicuri e sono stati somministrati a milioni di pazienti, ma occasionalmente possono dare dei problemi. I medici ed il personale paramedico del servizio di radiologia sono addestrati per curare nel modo migliore queste reazioni nel caso esse si verificassero. I tipi di reazione che si manifestano in casi sporadici sono:

- **Reazioni minori**, come starnuti o nausea. Queste reazioni non richiedono alcuna terapia medica.
- **Reazioni severe (0,01%)**: queste reazioni richiedono di solito una terapia medica e comprendono ad esempio difficoltà respiratorie, battiti cardiaci irregolari, convulsioni o perdita di coscienza.
- **Fibrosi Nefrogenica Sistemica** (in caso di insufficienza renale grave-media).

Ritengo di aver ottenuto informazioni sufficienti durante il colloquio con il medico radiologo per esprimere un consenso consapevole all'indagine RM e delle eventuali complicanze e rischi connessi con l'esecuzione dell'indagine.

Pertanto:

- acconsento l'esecuzione dell'indagine RM.** Sono consapevole che, dinanzi ad impreviste difficoltà, il medico potrebbe giudicare necessario modificare la procedura concordata. Qualora in tali circostanze non fosse possibile interpellarmi, autorizzo sin d'ora:
- eventuali ulteriori interventi necessari ed urgenti a seguito dell'intervento principale.
- non acconsento l'esecuzione dell'indagine RM**, certo che un mio eventuale rifiuto non comporterà conseguenze per quanto riguarda la prosecuzione dell'assistenza
- se del caso, autorizzo la somministrazione eventuale del liquido di contrasto.**

Data ed ora

.....
Firma del paziente
(o del tutore/esercente la potestà)

.....
Firma del medico radiologo responsabile dell'esecuzione dell'esame