

MODULO DA COMPILARE PRIMA DI UN ESAME DI RISONANZA MAGNETICA

DATI DEL PAZIENTE

COGNOME.....NOME.....

Nato a.....il.....

Paziente Esterno

Paziente Interno del Reparto di.....

Peso Kg:.....

Esame Richiesto:.....

Motivo dell'esame e dati clinici.....

.....

.....

HA ESEGUITO IN PASSATO ESAMI DI RISONANZA MAGNETICA? QUANDO E PERCHE'? NO SI

.....

Soffre di Claustrofobia (paura di stare in ambienti chiusi). NO SI

E' portatore di:

Pace-maker cardiaco, elettro-stimolatori, elettrodi cerebrali/spinali subdurali, valvole cardiache artificiali, derivazioni spinali/ventricolari, sistemi di infusione/perfusione impiantati. NO SI

MARCA- MODELLO - ANNO _____

E' portatore di protesi:

-ORTOPEDICHE (sede e anno)..... NO SI

-DENTARIE (se mobili rimuoverle il giorno dell'esame) NO SI

-ACUSTICHE (se mobili rimuoverle il giorno dell'esame) NO SI

-CRISTALLINO/CATARATTA (sede e anno)..... NO SI

- Clip/graffette metalliche per interventi chirurgici NO SI

MARCA - MODELLO - ANNO _____

Ha delle schegge metalliche (sottocutanee, oculari, altra sede:.....) NO SI

Ha subito interventi chirurgici:

-alla TESTA o al COLLO (indicare organo e anno) NO SI

.....

-al TORACE o all'ADDOME (indicare organo e anno) NO SI

.....

- in Altra Sede (organo e anno)..... NO SI

Per le pazienti di sesso femminile:

E' portatrice di IUD (spirale uterina)? Se SI si consiglia rivalutazione ginecologica perché potrebbe esserci una perdita di efficacia contraccettiva del dispositivo. NO SI

E' in gravidanza? NON SONO SICURA NO SI

E' in allattamento? (Se SI sospendere, in caso di somministrazione di mezzo di contrasto, l'allattamento per 24 ore). NO SI

Segue ➡

***Se l'esame richiesto prevede la somministrazione di mezzo di contrasto (gadolinio) deve rispondere alle seguenti domande:**

- E' allergico/a ai metalli (es.nichel)? NO SI
- Ha altre allergie (se SI a cosa?) _____ NO SI
- Ha eseguito in passato esami radiologici con somministrazione di mezzo di contrasto (RX ,Angiografie, TC o RM) NO SI
- Se ha eseguito esami con contrasto ha avuto reazioni allergiche? NO SI
- Se SI di che tipo? _____
- E' stato o è in attesa di essere sottoposto a trapianto di fegato? NO SI
- E' in dialisi? NO SI
- E' affetto/a da una malattia renale? Se SI quale _____ NO SI
- e indicare il valore della creatinina sierica ad un'analisi recente (30 gg) _____

ATTENZIONE dovrà assicurarsi di non entrare nella sala della Risonanza Magnetica con:

Mollette, fermagli, occhiali, monete, portafoglio, chiavi, carte di credito, bancomat, badge, protesi dentale mobile, protesi acustiche mobili, lenti a contatto, trucco, gel per capelli, piercing.

Dichiaro/a di essere stato esaurientemente informato dal medico radiologo esecutore sulla necessità di esecuzione e sul tipo di procedura alla quale verrò sottoposto e sull' eventuale utilizzo del mezzo di contrasto per via endovenosa.

Dichiaro/a, inoltre, di aver ricevuto spiegazioni e risposte chiare e comprensibili sui rischi potenziali e sulle eventuali complicanze connesse con la procedura stessa. Pertanto, liberamente, autorizzo il medico radiologo esecutore ed i suoi collaboratori ad effettuare tale procedura diagnostica concedendo la più ampia libertà di scelta dei tempi e delle modalità di esecuzione, della via di accesso, dei materiali utilizzati e delle modifiche da apportare all' approccio e alla tecnica prescelta qualora se ne presentasse la necessità, per la migliore soluzione del mio caso.

Dichiaro/a di essere stato informato del diritto di sospendere il consenso in ogni momento dell'esame senza dover fornire nessuna spiegazione. E altresì di essere stato informato che la non esecuzione dell'indagine radiologica comporta un prosieguo terapeutico incompleto con conseguenti possibili compromissioni sulla diagnosi, la prognosi e la terapia della mia malattia.

Dichiaro/a di essere stato informato e di avere consapevolezza che la procedura non è esente da potenziali rischi e che la Casa di Cura dispone delle apparecchiature necessarie e del personale medico (anestesista) addestrato a fronteggiare eventuali urgenze, ma che in casi di emergenza potrebbe essere possibile anche il trasferimento presso un presidio ospedaliero Dea di 2° livello.

Di quanto prospettato e riportato sul presente documento (composto di due pagine), mi sono stati esaurientemente spiegati: gli obiettivi e i benefici, gli eventuali rischi/complicanze, le probabilità di insuccesso e gli eventuali trattamenti alternativi, e dichiaro di averne preso conoscenza e comprensione.

***Firma del PAZIENTE per conoscenza, comprensione e consenso**

PER L'ESECUZIONE DI ESAMI AI MINORI O IN CASO DI INCAPACITA' DELL'INTERESSATO A COMPRENDERE IL MODULO VA FIRMATO DAL GENITORE O DAL LEGALE RESPONSABILE

Il Genitore o Legale responsabile.....

Firma per conoscenza, comprensione e consenso

.....Documento.....

Firma del T.S.R.M esecutore/infermiere _____

Firma del Medico Radiologo esecutore _____

Roma, _____