

INFORMATIVA E CONSENSO DEL PAZIENTE - RISONANZA MAGNETICA

L'esame di Risonanza Magnetica non comporta l'impiego di raggi X, né di sostanze radioattive.

Vengono utilizzati solamente un intenso campo magnetico e onde radio di frequenza analoga a quella delle trasmissioni radiotelevisive, che in alcuni casi possono produrre effetti indesiderati.

L'esame non è invasivo né doloroso.

Il Paziente dovrà mantenere la massima immobilità possibile per circa 25 minuti - durata media di ogni singolo esame - al fine di consentire la migliore riuscita tecnica.

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

Si raccomanda quindi al Paziente di rimanere tranquillo per tutta la durata dell'esame.

Nella sala Risonanza è comunque sempre presente il personale addetto, al quale il Paziente potrà rivolgersi senza timore qualora ne ravvisi la necessità.

Questionario preliminare all'esecuzione di un esame RM

Cognome e Nome _____ Nato/a il _____

- Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere? SI NO
- Ha mai subito incidenti stradali, incidenti di caccia? SI NO
- È stato vittima di traumi da esplosioni? SI NO
- È in stato di gravidanza? SI NO
- Data ultima mestruazione _____
- È affetto da Anemia Falciforme SI NO

Dichiari se è portatore di:

- Clips ferromagnetiche vascolari SI NO
- Valvole cardiache SI NO
- Catetere di Swan-Ganz SI NO
- Distrattori della colonna vertebrale SI NO
- Pompa di infusione per insulina o altri farmaci SI NO
- Pace-Maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci SI NO
- Apparecchi uditivi SI NO
- Neurostimolatori SI NO
- Derivazione spinale o ventricolare SI NO
- Protesi metalliche (per pregresse fratture o interventi correttivi), viti, chiodi, filo, etc. SI NO
- Protesi dentarie fisse SI NO

- Protesi dentarie mobili SI NO
- Protesi del cristallino SI NO

In caso di risposta positiva è necessario un certificato che attesti la compatibilità dei materiali con il campo magnetico, altrimenti il Paziente non può essere sottoposto all'esame.

- Corpi intrauterini (IUD) SI NO

In caso di risposta positiva la Paziente dichiara di essere stata informata della necessità di eseguire un controllo ecografico-ginecologico dopo l'esame, per verificare il corretto posizionamento dello IUD.

Firma della Paziente

Per effettuare l'esame il Paziente deve **RIMUOVERE**:

cosmetici dal volto, lenti a contatto, apparecchi per l'udito, dentiera, corone temporanee mobili, protesi temporanee e mobili, cinte sanitarie, fermagli per capelli, mollette, occhiali, orologi, oggetti metallici, monete, carte di credito o schede magnetiche.

Consenso informato del Paziente

Il Paziente ritiene di essere stato sufficientemente informato sui rischi e sulle controindicazioni all'esposizione ai campi elettromagnetici generati dall'apparecchiatura RM, dichiara di aver prestato la massima collaborazione in merito al questionario sottoposto ed acconsente all'esecuzione dell'esame RM.

Firma del Paziente

Consenso del Medico all'esecuzione dell'esame

Il Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame, preso atto delle risposte fornite dal Paziente ed espletata l'eventuale visita medica, ritiene che egli non necessiti di ulteriori accertamenti nei confronti delle precauzioni da accertare precedentemente indicate ed acconsente al procedere dell'indagine RM.

Firma del Medico Responsabile
dell'esecuzione dell'esame

Data
