

**INDAGINI DIAGNOSTICHE RISONANZA MAGNETICA****Quesito clinico – Anamnesi - Indicazioni per la preparazione – Consenso**

Questo stampato raccoglie le informazioni sullo stato di salute del paziente, necessarie al corretto espletamento dell'esame richiesto. Si prega di leggerlo e compilarlo con attenzione, ciascuno per le parti di propria competenza.

DATI DEL PAZIENTE

(eventuale etichetta)

Cognome e nome _____

Data di nascita _____ Telefono _____

Provenienza:

 Interni U.O. _____

 Esterni _____

 Altra ULSS _____
Settore anatomico (specificare) _____**Notizie cliniche e quesito diagnostico** (OBBLIGATORIO) _____**QUESTIONARIO ANAMNESTICO SPECIFICO PER INDAGINI RM**

(da compilare a cura del Medico responsabile dell'esecuzione dell'esame RM)

Ha eseguito in precedenza esami RM? NO SIE' stato mai colpito da schegge o frammenti metallici? NO SIHa mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere? NO SIHa mai subito incidenti di caccia? NO SIE' stato vittima di traumi da esplosioni? NO SIHa subito interventi chirurgici: NO SI

Se Si, quali:.....

E' portatore di:

- Pace-Maker / defibrillatori cardiaci? NO SI- Clips vascolari NO SI- Pompa di infusione per farmaci? NO SI- Corpi metallici nelle orecchie o impianti per l'udito? NO SI- Neurostimolatori, elettrodi intracerebrali o subdurali? NO SI- Derivazione spinale o ventricolare? NO SI- Espansore mammario? NO SI- Protesi metalliche articolari? NO SI- Altre protesi metalliche? NO SI- Protesi dentarie? NO SI Se SI: fisse mobili- Protesi del cristallino? NO SI- Piercing? NO SI Localizzazione- Tatuaggi? NO SI Localizzazione.....- Cerotti medicali? NO SI



Soffre di claustrofobia?

 NO SI

Per le donne in età fertile:

- E' in stato di gravidanza?

 NO SI Se SI, settimane:.....

- E' portatrice di dispositivo intrauterino (IUD)?

 NO SI

Prima di effettuare l'indagine RM occorre togliere: eventuali lenti a contatto - apparecchi per l'udito - dentiera - corone temporanee mobili - cinta erniaria - fermagli per capelli - mollette - occhiali - gioielli - orologi - carte di credito o altre schede magnetiche - coltelli tascabili - ferma soldi - monete - chiavi - ganci - automatici - bottoni metallici - spille - vestiti con lampo - pinzette metalliche - punti metallici - limette - forbici - altri eventuali oggetti metallici. Prima di sottoporsi all'esame si prega di asportare cosmetici dal viso.

Data _____ Firma Medico responsabile dell'esecuzione dell'esame _____

INDAGINI DIAGNOSTICHE RISONANZA MAGNETICA

CONSENSO INFORMATO

La Risonanza Magnetica (RM) è una tecnica diagnostica che non utilizza radiazioni ionizzanti o sostanze radioattive.

La diagnostica mediante RM utilizza campi statici di induzione magnetica e onde elettromagnetiche a radiofrequenza (RF), simili alle onde radiotelevisive.

La Risonanza Magnetica di base si configura come un esame diagnostico non invasivo e in base alle conoscenze attuali, non comporta effetti biologici rilevanti su pazienti privi di controindicazioni e viene svolto in accordo alle norme e agli standard di sicurezza. Tuttavia è prudente non effettuare l'esame RM in pazienti di sesso femminile durante il primo trimestre di gravidanza.

Il paziente viene sdraiato su un lettino e in relazione al tipo di organo da studiare sono posizionate all'esterno del corpo le cosiddette "bobine" (fasce, casco, piastre, ecc) sagomate in modo da adattarsi alla regione anatomica da studiare. Durante l'esame sono udibili dei rumori ritmici di intensità variabile provocati dal normale funzionamento dell'apparecchio.

Raramente possono insorgere disturbi lievi come sensazione di claustrofobia, calore, prurito, affanno, palpitazioni o sensazione di malessere. In questi casi sarà possibile avvertire gli operatori utilizzando un apposito dispositivo di segnalazione che avrà a portata di mano durante tutto l'esame.

Io sottoscritto dichiaro di essere stato sufficientemente informato sui rischi e sulle controindicazioni legate all'esposizione ai campi elettromagnetici generati dall'apparecchiatura RM.

Io sottoscritto accetto / non accetto di sottopormi all'esame proposto.

Data _____ Firma del Paziente (*) _____

(*) In caso di paziente minorenni è necessaria la firma di un genitore o di chi ne fa le veci.