

CO 001 - 14/12/2022 - Rev.02

CONSENSO INFORMATO ESAME DI RISONANZA MAGNETICA

INFORMATIVA PER IL PAZIENTE

La risonanza magnetica (RM) è una metodica diagnostica che utilizza campi magnetici ed onde elettromagnetiche a radiofrequenza. È un esame diagnostico non invasivo che in base alle conoscenze attuali non comporta effetti biologici rilevanti su Pazienti privi di controindicazioni.

All'arrivo il paziente verrà accolto dal personale di servizio, verrà identificato e accettato presentando un documento di identità valido e la documentazione (prescrizione del medico di base o del medico specialista). Il paziente, prima di sottoporsi all'esame RM, risponderà alle domande del questionario anamnestico (riportato sul retro di questo foglio) al fine di escludere ogni possibile controindicazione all'esame di RM.

ESECUZIONE DELL'ESAME

Prima dell'esame si raccomanda di compilare l'apposito "questionario anamnestico" e "consenso informato" al fine di escludere ogni tipo di controindicazione all'esame stesso.

Successivamente, sarà necessario:

- 1) Togliere eventuale trucco per il viso e lacca per i capelli;
- 2) Depositare nello spogliatoio e negli appositi armadietti ogni oggetto metallico, ferromagnetico o con supporto magnetico (telefoni cellulari, monete, orologi, chiavi, orecchini, spille, gioielli, fermagli per i capelli, tessere magnetiche, carte di credito etc);
- 3) Togliere eventuali protesi dentarie e apparecchi per l'udito;
- 4) Spogliarsi ed indossare l'apposito camice monouso e le cuffie fornite dal personale di servizio.

L'esame durerà circa 20-40 minuti.

Durante l'esame è fondamentale mantenere l'assoluta immobilità respirando regolarmente.

Sono previsti strumenti di comunicazione con il personale che è sempre presente durante l'esame.

L'esame può essere sospeso in qualsiasi momento.

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

COGNOME E NOME e DATA DI NASCITA DEL PAZIENTE:

.....

QUESTIONARIO AMNESTICO ESAME RISONANZA MAGNETICA

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 magnetica) ogni oggetto metallico, ferromagnetico o con supporto magnetico (ad esempio: telefoni cellulari, smartphone, dispositivi tablet, 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? NO	SI
Soffre di claustrofobia? NO	SI
Ha mai lavorato o lavora come saldatore, tornitore o carrozziere? NO	SI
Ha mai subito incidenti stradali o di caccia? NO	SI
È stato vittima di traumi da esplosioni? NO	SI
È in stato di gravidanza certa o presunta? NO	SI
Ha mai avuto reazioni allergiche post iniezione di mezzo di contrasto? NO	SI
Soffre di allergie? NO	SI
Soffre di insufficienza renale? NO	SI
Ha subito interventi chirurgici? Quali?	
È portatore di:	
Dispositivi medici o corpi metallici NO	SI
Pace – maker cardiaco NO	SI
Schegge o frammenti metallici NO	SI

Clips e stent su aneurismi, vasi sanguigni, aorta NO	SI
Valvole cardiache artificiali NO	SI
Defibrillatori, pompe di infusione, neurostimolatori NO	SI
Corpi metallici nelle orecchie o impianti per l'audio NO	SI
Distrattori della colonna vertebrale NO	SI
Dispositivi intrauterini IUD? SE SI, consigliato un controllo ginecologico dopo l'esame NO	SI
Derivazioni spinali o ventricolari NO	SI
Protesi dentarie fisse o mobili NO	SI
Altre protesi metalliche NO	SI
Anemia falciforme NO	SI
Ritiene di poter avere protesi/apparecchi o corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe non essere a conoscenza? NO	SI
Portatore di piercing NO	SI
Portatore di tatuaggi NO	SI

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

IL MEDICO RADIOLOGO RESPONSABILE DELL'ESAME RM preso atto delle risposte fornite dal paziente ed espletata l'eventuale visita medica e/o le eventuali ulteriori indagini diagnostiche preliminari
AUTORIZZA L'ESECUZIONE DELL'INDAGINE RM

Data _____

Firma del medico responsabile dell'esecuzione
dell'esame RM

.....
.....

**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)
