

	ESAMI di RISONANZA MAGNETICA NOTA INFORMATIVA QUESTIONARIO ANAMNESTICO, CONSENSO INFORMATO PREPARAZIONE PAZIENTE ALLERGICO	CDV DIA srl Prot.09_06 Data emissione 28/01/2013
---	---	--

Scheda QUESTIONARIO ANAMNESTICO

La presente scheda è parte integrante della documentazione clinica del Paziente e deve essere consegnata **debitamente compilata e firmata dal/la Paziente e dal Medico Prescrivente dell'esame.**

Nome e Cognome

etàanni peso (Kg)

Esame Proposto:
.....

Quesito Diagnostico (campo obbligatorio):
.....
.....

CONTROINDICAZIONI ASSOLUTE all'esecuzione dell' ESAME RM
L'indagine non può essere eseguita in presenza di una di queste situazioni

Paziente Portatore di pace-maker cardiaco ;	<input type="checkbox"/>
Paziente Portatore di schegge o frammenti metallici in sede oculare, viscerale o intracranica;	<input type="checkbox"/>
Paziente Portatore di impianti a rete metallica, espansori tissutali (mammella)	<input type="checkbox"/>
Paziente Portatore di protesi metalliche, impianti cocleari e protesi stapediali, placche o viti, fili, chiodi, distrattori della colonna, clips vascolari ferromagnetiche, valvole cardiache meccaniche, catetere di Swan-Ganz, elettrodi endocorporei, neurostimolatori, filtri vascolari, stent e spirali metalliche di cui non si conoscano le caratteristiche (Casa costruttrice, tipo e data di impianto) e/o la sicura compatibilità magnetica	<input type="checkbox"/>
Paziente Portatore di Tatuaggio eseguito da meno di 6 mesi	<input type="checkbox"/>

NB. nel caso di situazioni dubbie è obbligatorio avviare il paziente alla raccolta informativa presso la struttura che ha impiantato il "device" e, successivamente, alla valutazione degli specialisti radiologi della struttura erogante le prestazioni.

CONTROINDICAZIONI RELATIVE all' esecuzione dell' ESAME RM

L'effettiva controindicazione all'effettuazione dell'indagine RM, anche in caso di sussistenza di una sola delle condizioni sotto elencate è valutata dal Medico Responsabile dell'Esecuzione dell'Esame

Claustrofobico?	SI	NO
In stato di Gravidanza? (Settimana.....)	SI	NO
N.B: la Risonanza magnetica è controindicata nel I trimestre)		
Ha febbre?	SI	NO
Portatore di protesi del cristallino applicata precedentemente all'anno 1985?	SI	NO
Portatore di schegge o frammenti metallici in sedi non vitali (ha lavorato come tornitore, saldatore, carrozziere? Ha mai subito incidenti stradali, di caccia o ferite di guerra?)	SI	NO
Ha subito interventi chirurgici su collo, addome, torace, arti? indicare quali:.....	SI	NO
.....		
Portatore di pompe di infusione di farmaci?	SI	NO
Portatore di dispositivi intrauterini ? Se sì utile valutazione ginecologica successiva all'esame	SI	NO
Portatore di protesi dentarie fisse o mobili?	SI	NO
Portatore di shunt liquorale ventricolo-peritoneale?	SI	NO
Portatore di anemia falciforme?	SI	NO
Portatore di tatuaggio? Se costituito da materiale ferromagnetico può causare surriscaldamento e/o irritazione locale fino ad ustioni	SI	NO
Presenza di cosmetici con polveri ferromagnetiche (mascara, eyeliner,.....)?	SI	NO
Portatore di piercing? (può mobilizzarsi o causare ustioni)	SI	NO

Il Medico Responsabile dell'indagine RM conferma che esistono le condizioni per l'esecuzione dell'indagine RM

data	Firma del Medico Responsabile dell'esame
------	--

INFORMAZIONI PER IL PAZIENTE E CONSENSO ALL'ESAME

L'esame con **Risonanza Magnetica** viene effettuato senza l'impiego di raggi X, utilizzando solo un forte campo magnetico ed onde a radiofrequenza.

La durata dell'indagine può essere molto diversa in rapporto al tipo di esame (20 minuti - 1 ora).

Il personale della struttura erogatrice è sempre presente a Sua disposizione per qualsiasi necessità.

SI PREGA DI PORTARE, CON SE', TUTTI GLI ESAMI RADIOLOGICI E STRUMENTALI PRECEDENTI ED EVENTUALI COPIE DI CARTELLE CLINICHE INERENTI AL QUESITO DIAGNOSTICO

Per effettuare l'esame **TOGLIERE** indumenti con parti metalliche, lenti a contatto, protesi auricolari e tutte le altre protesi mobili, mollette per capelli, cosmetici dal volto, lacca, piercing, occhiali, gioielli, orologi, ganci, monete e ogni altro tipo di oggetto metallico, carte di credito, schede magnetiche.

CONSENSO del PAZIENTE e della donna in stato di gravidanza

Esaurientemente informato/a dal Dott./Dott.ssa _____

sui rischi concernenti l'effettuazione dell'esame di RM e dell'eventuale impiego di mezzo di contrasto per via endovenosa

ACCONSENTO di sottopormi all'indagine

NON ACCONSENTO di sottopormi all'indagine

Parte di competenza delle signore pazienti in stato di gravidanza, preventivamente informata dal Medico Responsabile della RM sulla tipologia e sui possibili rischi dell'esame
Da compilare in caso gravidanza accertata o presunta all'atto dell'esecuzione dell'esame

ACCONSENTO di sottopormi all'indagine

NON ACCONSENTO di sottopormi all'indagine

Data _____	Firma del/la paziente o del genitore o tutore _____
---------------	--

Data _____	Firma leggibile del Medico che ha comunicato le informazioni _____
---------------	--