



Valutazione idoneità e consenso informato all'esecuzione dell'esame di R.M.N

U.O. di Radiologia Diagnostica per Immagini ed Interventistica
Direttore: Prof. Luca Maria Sconfienza

NOME _____

COGNOME _____

DATA DI NASCITA _____

ESAME PROPOSTO _____

QUESITO DIAGNOSTICO _____

Per paziente interno applicare etichetta identificativa

PRESENZA DI CONTROINDICAZIONI ALL'ESECUZIONE DELL'ESAME

(LE CONTROINDICAZIONI VENGONO VALUTATE DAL MEDICO RADIOLOGO)

- PAZIENTE PORTATORE DI PACE MAKER CARDIACO SI NO
- ANEMIA FALCIFORME SI NO
- INTERVENTI CON IMPIANTI PROTESICI SI NO
(esempio: cristallino, valvole cardiache, stent, clips cerebrali...) _____
- SE LA RISPOSTA E' AFFERMATIVA, SPECIFICARE L'INTERVENTO E FORNIRE LA DOCUMENTAZIONE
- POMPE PER INFUSIONE FARMACI SI NO

PRESENZA DI:

- PROTESI ACUSTICHE SI NO
- PROTESI DENTARIE MOBILI SI NO
- PIERCING SI NO
- TATUAGGI, DOVE? _____ SI NO
- SCHEGGE / FRAMMENTI / CORPI METALLICI SI NO
DOVE? _____
- DISPOSITIVI INTRAUTERINI (esempio: spirale iud) SI NO
(SE RISPOSTA AFFERMATIVA E' OPPORTUNA VALUTAZIONE GINECOLOGICA DOPO L'ESAME)
- FEBBRE SI NO
- CEROTTI MEDICATI SI NO
- GRAVIDANZA ACCERTATA O PRESUNTA SI NO

INDICARE LA SETTIMANA DI GESTAZIONE _____ N.B. risonanza controindicata nel I° trimestre

FIRMA DEL PAZIENTE

Il Medico radiologo, responsabile della prestazione diagnostica oggetto del presente questionario:

- presa visione degli accertamenti preliminari, del questionario anamnestico e del quesito diagnostico;
- tenuto conto dei rischi e dei benefici correlati all'esposizione a campi magnetici e radiofrequenze correlati all'esame R.M.N. (principio di giustificazione ex D.M. 10 agosto 2018, Allegato 1, § D.4.1);
- identificato il miglior protocollo d'esame per il caso specifico (principio di ottimizzazione ex D.M. 10 agosto 2018, Allegato 1, § D.4.1),

Esprime il seguente giudizio finale:

IDONEO ALL'ESECUZIONE DELL'ESAME DI R.M.N.

NON IDONEO ALL'ESECUZIONE DELL'ESAME DI R.M.N.

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO RADIOLOGO



I.R.C.C.S. ISTITUTO ORTOPEDICO
GALEAZZI

Valutazione idoneità e consenso informato all'esecuzione dell'esame di R.M.N

U.O. di Radiologia Diagnostica per Immagini ed Interventistica
Direttore: Prof. Luca Maria Sconfienza

DATA _____

NOME _____

COGNOME _____

DATA DI NASCITA _____

MSP _____

PESO _____

Per paziente interno applicare etichetta identificativa

INFORMATIVA

L'esame di risonanza magnetica (RM) viene effettuato utilizzando un forte campo magnetico e onde a radio frequenza. L'esame non è né doloroso né fastidioso. Lei dovrà solo mantenere, per tutta la durata dell'esame, un'assoluta immobilità sul lettino. La durata dell'indagine può variare a seconda del tipo di esame.

L'esame RM, 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. Sebbene non esistano evidenze in grado di provare una sensibilità dell'embrione ai campi statici di induzione magnetica e alle onde elettromagnetiche RF utilizzati per indagini diagnostiche mediante RM, è prudente non effettuare l'esame RM in pazienti di sesso femminile durante il primo trimestre di gravidanza.

Nel corso dell'esame RM è molto rara l'insorgenza di reazioni avverse. L'evenienza più probabile è rappresentata da una crisi di claustrofobia a carattere passeggero provocata dalla chiusura della macchina.

Durante l'esame sentirà vari rumori ritmici, normali per un corretto funzionamento dell'apparecchiatura. Le verranno forniti tappi per le orecchie o cuffie.

Nella sala comando è sempre presente personale di servizio pronto ad intervenire in caso di qualsiasi necessità. Lei sarà sempre in contatto vocale, acustico e visivo con gli operatori, che eseguono un controllo costante durante tutta la fase di esame. In caso di insorgenza di disturbi, come sensazione di claustrofobia, calore, prurito, affanno, palpitazioni o svenimento, dovrà avvisare gli operatori tramite l'apposito dispositivo di segnalazione.

ATTENZIONE!

Si prega di portare in visione i precedenti esami e referti inerenti al quesito diagnostico. Documentazione lasciata in visione: _____

Per effettuare l'esame verrà fornito dal personale un camice da indossare in sostituzione degli indumenti, mantenendo la propria biancheria intima, se in cotone.

Per effettuare l'esame RM occorre **rimuovere**: 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 - calze di nylon - indumenti in acrilico - pinzette metalliche - punti metallici - limette - forbici - altri eventuali oggetti metallici. Prima di sottoporsi all'esame si prega di asportare cosmetici dal viso.

ACCONSENTO A SOTTOPORMI ALL'ESAME DI R.M.N.

NON ACCONSENTO A SOTTOPORMI ALL'ESAME DI R.M.N.

Firma leggibile del Paziente (oppure del genitore/ tutore/ curatore)¹

Timbro e firma del Medico radiologo

¹ Se il consenso non può essere prestato dall'interessato perché minore, per impossibilità fisica, per incapacità di agire o per incapacità di intendere o di volere, questo è manifestato da chi esercita legalmente la potestà, ovvero dal tutore legale o dall'amministratore di sostegno.