

RISONANZA MAGNETICA SENZA MEZZO DI CONTRASTO Informativa e consenso

Cognome	_Nome	
Nato/a a	il	
Residente a	Via	
Medico prescrittore	Medico curante	
La compilazione del modulo per pazienti in carico alle strutture ospedaliere è a cura del Medico prescrittore.		

LEGGERE E COMPILARE CON ESTREMA ATTENZIONE IL MODULO

Esame richiesto (riportare quanto specificato nell'impegnativa)

CHE COS'È: la Risonanza Magnetica (RM) è una tecnica diagnostica che non utilizza radiazioni ionizzanti o sostanze radioattive 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 di Risonanza Magnetica nelle donne durante il primo trimestre di gravidanza.

A COSA SERVE: viene utilizzata per la diagnosi di condizioni patologiche a carico dell'encefalo e della colonna vertebrale, dell'addome, delle pelvi, dei grossi vasi e del sistema muscolo-scheletrico.

COME SI EFFETTUA: il paziente viene sdraiato su un lettino e, in relazione al tipo di organo da studiare, vengono posizionate all'esterno del corpo le cosiddette "bobine" 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. Può essere necessaria la somministrazione di un mezzo di contrasto paramagnetico per via endovenosa. **Durante tutto l'esame è necessario mantenere il massimo grado di immobilità, respirando regolarmente.** Non è necessario interrompere eventuali terapie farmacologiche in corso (ad es. per l'ipertensione o il diabete).

COSA PUÒ SUCCEDERE - EVENTUALI COMPLICANZE: 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.

PER EFFETTUARE L'ESAME DI 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 ed extension (capelli, ciglia).

Prima di sottoporsi all'esame asportare cosmetici dal viso e piercing rimovibili.

DA COMPILARE IN CASO DI PAZIENTE RICOVERATO/DH, PRE E POST RICOVERO	
Notizie cliniche e quesito diagnostico	
Unità Operativa	
Luogo, data	Firma del Medico di reparto

Dipartimento di Radiologia Clinica:

- Radiologia Treviso 0422 328290
- Neuroradiologia Treviso 0422 322512
 Radiologia Oderzo 0422 715322
 Radiologia Conegliano 0438 663219
- Radiologia Vittorio V.to 0438 665247
- Radiologia Castelfranco 0423 732490
- Radiologia Montebelluna 0423 611431

Strutture convenzionate

- Radiologia S. Camillo 0422 428262
- Radiologia Monastier 0422 896710
- Radiologia ORAS 0422 896710 Motta di Livenza



QUESTIONARIO ANAMNESTICO per l'ESAME di RISONANZA MAGNE	TTCA
·	
Il "questionario anamnestico" ha lo scopo di accertare l'assenza di controindicazioni all'esame. I	Deve essere
attentamente compilato in ogni sua parte. Il medico responsabile dell'esecuzione dell'esame si a	avvale delle
risposte fornite dal paziente per autorizzarne l'esecuzione. In caso di dubbi rivolgersi al proprio medi	
1. Ha eseguito in precedenza esami di Risonanza Magnetica?	□ sį □ no
2. Soffre di claustrofobia?	□sì□no
3. Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere?	□ sì □ no
4. Ha mai subito incidenti stradali, incidenti di caccia?	□ sì □ no
5. È stato vittima di traumi da esplosioni?	□sì□no
6. Ha mai avuto reazioni allergiche dopo mezzo di contrasto?	□ SÌ □ NO
7. Ha subito interventi chirurgici:	□ sì □ no
Se SÌ, specificare la regione anatomica e il tipo di intervento:	
Company di pung una anià diapositivi madici a comi matallici all'interna del coma	
8. È a conoscenza di avere uno o più dispositivi medici o corpi metallici all'interno del corpo?	
9. È portatore di (in caso di risposta positiva portare documentazione):	,
- Pace Maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci?	□SÌ□NO
Se ha risposto Sì, contattare la Radiologia di competenza (Vedi numeri a pag. 2)	
- Schegge o frammenti metallici?	□ sì □ no
- Clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello?	□sì□no
- Valvole cardiache?	□ SÌ □ NO
- Stents?	□ sì □ no
- Defibrillatori impiantati?	□ sì □ no
- Distrattori della colonna vertebrale?	□sì□no
- Pompa di infusione per insulina o altri farmaci?	□ SÌ □ NO
- Corpi metallici nelle orecchie o impianti per l'udito?	□ sì □ no □ sì □ no
- Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali?	
- Altri tipi di stimolatori?	
- Dispositivo intrauterino (IUD) ?	
- Derivazione spinale o ventricolare?	
· ·	□ sì □ no
- Protesi dentarie fisse o mobili?	□ sì □ no
- Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, etc), viti, chiodi, filo, etc?	□ SÌ □ NO
- Altre protesi (es. espansore mammario,)?	□sì□no
Localizzazione	
10. Ritiene di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo	
	□ c} □ NO
di cui potrebbe NON esserne a conoscenza?	□ SÌ □ NO
11. È portatore di protesi del cristallino?	□ SÌ □ NO
12. Ha piercing non rimovibile?	□ sì □ no
Localizzazione	
13. Presenta tatuaggi?	□SÌ□NO
Localizzazione	
14. Sta utilizzando cerotti medicali?	□ SÌ □ NO
Il medico responsabile dell'esame RM, preso atto delle risposte fornite nel questionario anamnestico	
□ AUTORIZZA □ NON AUTORIZZA L'ESECUZIONE DELL'INDAGINE RM	
Luogo, data Firma del Medico responsabile dell'esecuzione dell'es	ramo PM
Luogo, data Firma del Medico responsabile dell'esecuzione dell'es	Same KM
CONSENSO del paziente all'esecuzione dell'indagine RM senza mdc	
Il/La Sottoscritto/a	
II/La Sottoscritto/a	
in qualità di: ☐ paziente ☐ genitore ☐ tutore ☐ amministratore di sostegno (AdS)	
wiking di angua akaka sufficiankamanka informaka ani viashi a sulla sankusin diagrica i lagaka all'anguaisina a	
ritiene di essere stato sufficientemente informato sui rischi e sulle controindicazioni legate all'esposizione a	
elettromagnetici generati dalla apparecchiatura RM. Pertanto, consapevole dell'importanza delle risposte fo	milite:
□ ACCONSENTE □ NON ACCONSENTE ALL'ESECUZIONE DELL'ESAME	
Dichiaro di ☐ NON essere ☐ essere in stato di gravidanza certa o presunta (solo se applicabile)	
Luogo, data Firma Paziente/genitore/tutore/AdS	