

CONSENSO INFORMATO RISONANZA MAGNETICA

Nome e Cognome del Paziente: _____ nato/a a _____

_____ il _____

- **dichiara** di essere stato/a informato/a dal Dr./Dr.ssa _____ riguardo alle indagini e/o terapie proposte, sulle indicazioni e sugli eventuali rischi che da essa possono derivare;
- **conferma** di aver ricevuto l'informativa e di aver ben compreso le spiegazioni che gli sono state fornite e pertanto **acconsente** a sottoporsi a questa procedura;
- **accetta** inoltre di sottoporsi alle eventuali procedure d'urgenza che si rendessero indispensabili.

- Dati identificativi dei genitori (se minore d'età) _____

- Dati del legale rappresentante (se soggetto privo in parte/del tutto di autonomia decisionale) _____

Data ____ / ____ / ____ Firma del Paziente _____

Firma del Medico Curante _____

Firma del Medico Operatore _____

Direttore
Dr. Paolo D'Andrea

Coordinatore TSRM
Tel. 0437/516525 dalle 13 alle 14
Fax 0437/944964
e-mail: vincenzo.formica@ulss.belluno.it

Coordinatore Infermieristico
Tel. 0437/514152 dalle 8 alle 14
Fax 0437/516229
e-mail: elvira.debiasio@ulss.belluno.it

Segreteria
Sportello: dal lunedì al sabato dalle 8 alle 13
dal lunedì al venerdì dalle 14 alle 17
Tel. 0437/ 516854 dal lunedì al venerdì dalle 9 alle 12
e-mail: seg.radiologia@ulss.belluno.it

Prenotazione/disdetta telefonica dell'appuntamento
800890500 da telefono fisso
0437/943890 da estero o cellulare

PROPOSTA DELL'INDAGINE DI RISONANZA MAGNETICA

(da compilare da parte del Medico Curante)

Sig/Sig.ra: _____ Nato/a il: _____ Peso (Kg): _____

Residente/Degente: _____ Recapito telefonico: _____

Quesito diagnostico: _____

Distretto corporeo oggetto di indagine: _____

N.B. Si prega di rispondere a tutte le domande indicate nel questionario riportato di seguito e di firmare il modulo come consenso libero e informato all'esecuzione dell'esame. La mancata ottemperanza comporterà la nullità della richiesta.

Il Paziente è affetto da:			
· Claustrofobia	Si	No	
· Obesità marcata	Si	No	
· Anemia falciforme	Si	No	
· Cardiopatia grave	Si	No	
Il Paziente è portatore di:			
· Pacemaker cardiaco	Si	No	
· Altri tipi di cateteri cardiaci	Si	No	Se sì, del tipo (*):
· Protesi cardio-vascolari	Si	No	Se sì, del tipo (*):
· Valvole cardiache	Si	No	Se sì, del tipo (*):
· Pompe per infusione di farmaci	Si	No	Se sì, del tipo (*):
· Neurostimolatori, elettrodi endocerebrali o sottodurali	Si	No	Se sì, del tipo (*):
· Clips endocraniche, endo-orbitarie, endovascolari	Si	No	Se sì, del tipo (*):
· Sonde di derivazione ventricolare o spinale	Si	No	Se sì, del tipo (*):
· Distrattori della colonna vertebrale	Si	No	Se sì, del tipo (*):
· Protesi auricolari	Si	No	Se sì, del tipo (*):
· Protesi oculari	Si	No	Se sì, del tipo (*):
· Protesi ortopediche	Si	No	Se sì, del tipo (*):
· Protesi dentarie fisse o mobili	Si	No	Se sì, del tipo (*):
· Corpi intrauterini	Si	No	Se sì, del tipo (*):
· Altre protesi o corpi metallici (punti, chiodi, ecc.)	Si	No	Se sì, tipo e zona del corpo (*):

Direttore
Dr. Paolo D'Andrea

Coordinatore TSRM
Tel. 0437/516525 dalle 13 alle 14
Fax 0437/944964
e-mail: vincenzo.formica@ulss.belluno.it

Coordinatore Infermieristico
Tel. 0437/514152 dalle 8 alle 14
Fax 0437/516229
e-mail: elvira.debiasio@ulss.belluno.it

Segreteria
Sportello: dal lunedì al sabato dalle 8 alle 13
dal lunedì al venerdì dalle 14 alle 17
Tel. 0437/ 516854 dal lunedì al venerdì dalle 9 alle 12
e-mail: seg.radiologia@ulss.belluno.it

Prenotazione/disdetta telefonica dell'appuntamento
800890500 da telefono fisso
0437/943890 da estero o cellulare

· Schegge o corpi metallici dovuti a traumi, colpi d'arma da fuoco, esplosioni	Si	No	Se sì, tipo e zona del corpo:
Il Paziente è stato sottoposto a interventi chirurgici	Si	No	Se sì indicare sede e alcune note circa il tipo di intervento:
È in stato di gravidanza?	Si	No	Data ultima mestruazione:
È stato vittima di traumi stradali/incidenti?	Si	No	Note:
È stato vittima di incidenti di caccia?	Si	No	Note:
È stato vittima di esplosioni?	Si	No	Note:
Lavora o ha lavorato come fabbro, tornitore, saldatore, carrozziere, addetto alla lavorazione di vernici metallizzate?	Si	No	Note:

(*) indicare le specifiche del dispositivo o allegare la dichiarazione dello specialista che ha eseguito l'impianto

Se si ritiene che l'esame possa prevedere la **somministrazione di mezzo di contrasto contenente gadolinio**, è indispensabile indicare se:

⇒ **NON RISULTA** / **RISULTA** la presenza di **insufficienza renale moderata o grave** (concausa di sclerosi nefrogenica sistemica). In caso di dubbio anamnestico-clinico, entro 30 gg prima dell'esame RM, è necessario il dosaggio della creatininemia il cui risultato deve essere portato in visione dal Paziente al momento dell'esecuzione dell'esame RM
Se risulta insufficienza renale moderata o grave, indicare:

moderata (GFR 30-60 ml/min/1,73 m²) **grave (GFR <30 ml/min/1,73 m²)**

⇒ **NON RISULTA** / **RISULTA** la presenza di **rilievi anamnestici di natura allergica** (causa di aumentato rischio) ed in particolare (eventualmente indicare): _____

*In tale evenienza si consiglia di attuare **terapia desensibilizzante** secondo il seguente schema:*

Profilassi da praticare ai Pazienti con rischio allergico
• 13 ore prima: prednisone (Deltacortene Forte [®]) 50 mg per os (2 cp)
• 7 ore prima: prednisone 50 mg per os
• 1 ora prima: prednisone 50 mg per os e clorfenamina maleato (Trimeton [®]) 10 mg i.m.

Direttore
Dr. Paolo D'Andrea

Coordinatore TSRM
Tel. 0437/516525 dalle 13 alle 14
Fax 0437/944964
e-mail: vincenzo.formica@ulss.belluno.it

Coordinatore Infermieristico
Tel. 0437/514152 dalle 8 alle 14
Fax 0437/516229
e-mail: elvira.debiasio@ulss.belluno.it

Segreteria
Sportello: dal lunedì al sabato dalle 8 alle 13
dal lunedì al venerdì dalle 14 alle 17
Tel. 0437/ 516854 dal lunedì al venerdì dalle 9 alle 12
e-mail: seg.radiologia@ulss.belluno.it

Prenotazione/disdetta telefonica dell'appuntamento
800890500 da telefono fisso
0437/943890 da estero o cellulare