

## PROPOSTA DELL'INDAGINE DI RISONANZA MAGNETICA

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

Residente/Degente: \_\_\_\_\_ Recapito telefonico: \_\_\_\_\_

Quesito diagnostico: \_\_\_\_\_

Distretto corporeo oggetto dell'indagine: \_\_\_\_\_

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

Ha eseguito in precedenza esami di RM?	Sì	No	
Ha avuto reazioni allergiche dopo il mezzo di contrasto in RM?	Sì	No	
<b>Il Paziente è affetto da:</b>			
· Claustrofobia	Sì	No	
· Obesità marcata	Sì	No	
· Anemia falciforme	Sì	No	
· Cardiopatia grave	Sì	No	
<b>Il Paziente è portatore di:</b>			
· Pacemaker cardiaco	Sì	No	
· Altri tipi di cateteri cardiaci	Sì	No	Se sì, del tipo (*):
· Protesi cardio-vascolari	Sì	No	Se sì, del tipo (*):
· Valvole cardiache	Sì	No	Se sì, del tipo (*):
· Pompe di infusione per insulina o altri farmaci	Sì	No	Se sì, del tipo (*):
· Neurostimolatori, elettrodi endocerebrali o sottodurali	Sì	No	Se sì, del tipo (*):
· Clips endocraniche, endo-orbitarie, endovascolari	Sì	No	Se sì, del tipo (*):
· Sonde di derivazione ventricolare o spinale	Sì	No	Se sì, del tipo (*):
· Distrattori della colonna vertebrale	Sì	No	Se sì, del tipo (*):
· Protesi auricolari	Sì	No	Se sì, del tipo (*):
· Protesi oculari	Sì	No	Se sì, del tipo (*):
· Protesi ortopediche	Sì	No	Se sì, del tipo (*):
· Protesi dentarie fisse o mobili	Sì	No	Se sì, del tipo (*):
· Corpi intrauterini	Sì	No	Se sì, del tipo (*):
· Altre protesi o corpi metallici (punti, chiodi, ecc ...)	Sì	No	Se sì, tipo e zona del corpo (*):
· Schegge o corpi metallici dovuti a traumi, colpi d'arma da fuoco, esplosioni	Sì	No	Se sì, tipo e zona del corpo(*):
<b>Il Paziente è stato sottoposto a interventi chirurgici?</b>	Sì	No	Indicare sede e alcune note circa il tipo di intervento:
Testa:	Addome:		
Collo:	Estremità:		
Torace:	Altro:		
<b>È in stato di gravidanza?</b>	Sì	No	Data ultima mestruazione:
<b>Sta utilizzando cerotti medicali?</b>	Sì	No	

È portatore di piercing?	Sì	No	Se sì, zona del corpo:
Presenta tatuaggi?	Sì	No	Se sì, zona del corpo:
È stato vittima di traumi stradali/incidenti?	Sì	No	Note:
È stato vittima di incidenti di caccia?	Sì	No	Note:
È stato vittima di esplosioni?	Sì	No	Note:
Lavora o ha lavorato come fabbro, tornitore, saldatore, carrozziere, addetto alla lavorazione di vernici metallizzate?	Sì	No	Note:

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

---

### IL MEDICO RESPONSABILE DELL'ESAME RM

preso atto delle risposte fornite dal Paziente ed espletata l'eventuale visita medica e/o ulteriori indagini diagnostiche preliminari

### AUTORIZZA L'ESECUZIONE DELL'INDAGINE RM

Data: \_\_\_\_\_

Firma del Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame di RM \_\_\_\_\_

## CONSENSO INFORMATO RISONANZA MAGNETICA

### IL PAZIENTE

ritiene di essere stato sufficientemente informato sui rischi e sulle controindicazioni legate all'esposizione ai campi elettromagnetici generati dall'apparecchiatura RM. Pertanto, consapevole dell'importanza delle risposte fornite, acconsente all'esecuzione dell'esame.

Firma del Paziente (\*) \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

(\*) In caso di Paziente minorenne è necessaria la firma di un genitore o di chi ne fa le veci

## CONSENSO INFORMATO ALLA SOMMINISTRAZIONE DI MDC

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 m<sup>2</sup>)**  **grave (GFR <30 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>)**

⇒  **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 <sup>®</sup> ) 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 <sup>®</sup> ) 10 mg i.m.

Per gli esami con l'utilizzo del mezzo di contrasto è necessario **presentarsi il giorno dell'esame a digiuno da almeno 6 ore.**

**Firma del Medico Curante** \_\_\_\_\_

Il Paziente si ritiene sufficientemente informato sui rischi legati alla somministrazione del mezzo di contrasto. Pertanto, reso edotto dal Medico responsabile dell'esame (diagnostico) della valutazione dei rischi correlati/beneficio diagnostico, ne acconsente la somministrazione.

**Firma del Paziente (\*)** \_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_\_

(\*) In caso di Paziente minorenne è necessaria la firma di un genitore o di chi ne fa le veci

### TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI FINI DELLA PRIVACY

**Consenso del Paziente al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. n°196 del 30 giugno 2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali", in vigore il 1° gennaio 2004.**

Il Paziente autorizza il trattamento dei dati personali forniti in sede di anamnesi al solo scopo di poter verificare, da parte del Medico responsabile dell'esame diagnostico, la presenza di eventuali controindicazioni legate all'esame RM ed alla possibilità di poter somministrare o meno eventuali mezzi di contrasto/sedativi o eseguire particolari procedure di preparazione pre-esame.

Si autorizza altresì, a seguito dell'esame, alla conservazione da parte della struttura sanitaria dei questionari utilizzati contenenti i propri dati sensibili, prevista ai sensi del D.M. 02.08.1991, i cui dati non potranno però essere utilizzabili per scopi diversi da quelli legati ad eventuali verifiche di merito a carattere medico-legale, effettuate anche a distanza di tempo, relative all'espletamento dell'esame stesso.