

	ANAMNESI E CONSENSO INFORMATO PER ESAME DI RISONANZA MAGNETICA	MOD05_IOradiT002_SIC	Pag. 1 di 3
			Rev 00
			del 10.10.2020

Dati del paziente

Cognome Nome

Data e luogo di nascita Peso (Kg)

Residenza Recapito Tel.

Indagine richiesta

Reparto/Medico richiedente l'esame RM

Ha eseguito in precedenza esami RM? SI NO

Ha avuto reazioni allergiche dopo somministrazione del mezzo di contrasto? SI NO

Soffre di claustrofobia? SI NO

Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere? SI NO

Ha mai subito incidenti stradali, incidenti di caccia? SI NO

È stato vittima di traumi da esplosioni ? SI NO

Ultime mestruazioni avvenute:

Ha subito interventi chirurgici su:

testa collo

addome estremità

torace altro:

È a conoscenza di avere uno o più dispositivi medici o corpi metallici all'interno del corpo ?

SI NO

È portatore di pace-maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci ? SI NO

È portatore di schegge o frammenti metallici ? SI NO

È portatore di Clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello ? SI NO

Valvole cardiache ? SI NO

Stents ? SI NO

Defibrillatori impiantati ? SI NO

Distrattori della colonna vertebrale? SI NO

Pompa di infusione per insulina o altri farmaci? SI NO

Corpi metallici nelle orecchie o impianti per udito? SI NO

Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali? SI NO

Atri tipi di stimolatori? SI NO

Corpi intrauterini? SI NO

Derivazione spinale o ventricolare? SI NO

Protesi dentarie fisse o mobili? SI NO

Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, ecc.), viti, chiodi, filo, ecc.?

SI NO

Altre protesi ? SI NO

Localizzazione

Ritiene di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe NON esserne a conoscenza? SI NO

Informazioni supplementari

È affetto da anemia falciforme? SI NO

È portatore di protesi del cristallino? SI NO

È portatore di piercing? SI NO

Localizzazione

Presenta tatuaggi? SI NO

Localizzazione.....

	ANAMNESI E CONSENSO INFORMATO PER ESAME DI RISONANZA MAGNETICA	MOD05_IOradiT002_SIC	Pag. 2 di 3
			Rev 00
			del 10.10.2020

Sta utilizzando cerotti medicali ? SI NO
 Può escludere con certezza eventuali gravidanze? SI NO

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.

Il Medico Responsabile dell'esecuzione 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

Il paziente è stato scansionato con metal detector portatile? SI NO

Data _____ Firma del Medico _____

Consenso informato all'esame RM

Il paziente ritiene di essere stato sufficientemente informato sui rischi e sulle controindicazioni legate all'esposizione ai campi elettromagnetici generati dall'apparecchiatura RM, di aver ricevuto ed essere a conoscenza di quanto riportato sulla nota informativa. Pertanto, consapevole dell'importanza delle risposte fornite, acconsente l'esecuzione dell'esame.

Data _____ Firma del paziente *

Consenso informato alla somministrazione di mezzo di contrasto

Il paziente si ritiene sufficientemente informato sui rischi legati alla somministrazione del mezzo di contrasto. Pertanto, reso edotto dal Medico Responsabile della prestazione diagnostica della valutazione dei benefici diagnostici e dei rischi correlati, ne acconsente la somministrazione.

Data _____ Firma del paziente *

Ulteriori consensi informati

Consenso informato relativo a _____

Indicazioni ad eseguire esame RM con mdc intra articolare.

L'esame artro rm con l'introduzione di mdc intra articolare comporta la distensione della capsula articolare:

Permettendo la visualizzazione di strutture legamentose non valutabili dall'esame di base.

Maggiore dettaglio di lesioni cartilaginee.

Valutazione volume capsulare.

Migliore valutazione di eventuali lesioni tendinee cliniche non visualizzabili dall'esame RM di base.

	ANAMNESI E CONSENSO INFORMATO PER ESAME DI RISONANZA MAGNETICA	MOD05_IOradiT002_SIC	Pag. 3 di 3
			Rev 00
			del 10.10.2020

Sensazione del paz.: tensione capsulare con possibile limitazione funzionale temporanea dell'arto.

Principali complicazioni:

Possibile stravasamento di mdc extra capsulare, che viene riassorbito in poche ore.

Possibile stravasamento ematico.

Possibile reazione allergica al MDC

Il medico spiega al paziente la procedura dell'introduzione del contrasto articolare. L'infermiere incanala l'accesso venoso come da procedura invasiva. L'utente viene portato in sala ecografica per eseguire la procedura d'introduzione del mezzo di contrasto intraarticolare con guida ecografica. Una volta eseguita l'introduzione del mezzo di contrasto l'utente viene riportato in barella in Risonanza Magnetica per l'esecuzione dell'esame.

Il paziente si ritiene sufficientemente informato sui rischi legati a _____.
Pertanto, reso edotto dal Medico Responsabile della prestazione diagnostica della valutazione dei benefici diagnostici e dei rischi correlati, dà il proprio consenso.

Data ____ / ____ / ____ Firma del paziente* _____

Firma di chi riceve il presente documento * _____

(* in caso di paziente non in grado di apporre la firma,
firma dell'Amministratore/Tutore/Curatore/
Genitore se minorenne/Altro.....)

**IL PRESENTE MODULO, SOSTITUISCE INTEGRALMENTE IL MODULO DI CONSENSO
INFORMATO AZIENDALE**

NB: Si prega di compilare il modulo in tutte le sue parti e di firmare la richiesta come consenso libero e informato all'esecuzione dell'esame. La mancata compilazione comporterà l'annullamento della richiesta.