

	CONSENSO ALLA PRESENZA DI ACCOMPAGNATORI IN SALA ESAMI	MOD04_IOradiT002_ORG	Pag.1 di 1
			Rev 00
			Del 10.10.2020

SCHEDA DI ACCESSO ALLA ZONA CONTROLLATA DEL SITO RM

(D.M. 10-08-2018)

Il/La sottoscritto/a.....

nato/a ail.....

dichiara quanto segue:

1) Motivo dell'accesso al sito RM:

.....

2) E' portatore/portatrice di:

- | | | |
|---|----|----|
| • Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere? | SI | NO |
| • È portatore di schegge o frammenti metallici? | SI | NO |
| • Ha mai subito incidenti stradali, incidenti di caccia? | SI | NO |
| • Ha subito interventi chirurgici? | SI | NO |
| Quali? | | |
| • 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, defibrillatori impiantati, valvole, stents o altri cateteri? | SI | NO |
| • È portatore di Clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello? | SI | NO |
| • Stimolatori, neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali? | SI | NO |
| • Derivazione spinale o ventricolare? | 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 |
| • Corpi/anticoncezionali intrauterini? | 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 |
| • 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 |

	CONSENSO ALLA PRESENZA DI ACCOMPAGNATORI IN SALA ESAMI	MOD04_IOradiT002_ORG	Pag.1 di 1
			Rev 00
			Del 10.10.2020

Localizzazione.....

- Può escludere con certezza eventuali gravidanze? SI NO

Per accedere alla zona controllata 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.

All'interno della zona controllata non possono essere portati oggetti o dispositivi elettrici se non espressamente autorizzati dal personale presente nel sito RM deputato all'accompagnamento del soggetto durante la sua presenza. Il tempo di permanenza all'interno delle zone di rischio dev'essere limitato allo stretto necessario per compiere le attività per le quali ne è stato consentito l'accesso e comunque nelle massime condizioni di ottimizzazione della sua sicurezza.

Consenso del genitore/ accompagnatore ad assistere il paziente in sala esami durante l'esecuzione dell'indagine RM

Il Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame valutato il rapporto rischio / beneficio relativamente alla necessità di evitare la sedazione o altre procedure di preparazione pre-esame del paziente da sottoporre ad esame RM, acconsente l'opportunità da parte dell'accompagnatore volontario di poter assistere il paziente durante l'esecuzione dell'esame all'interno della sala esami, al fine di tranquillizzare e mantenere fermo il paziente e di garantire pertanto la possibile esecuzione dell'indagine.

Firma Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame RM

Data _____

L'accompagnatore, espletati gli accertamenti anamnestici del caso richiesti dal medico responsabile dell'esame diagnostico, e preso atto dell'opportunità di poter assistere il paziente onde evitare inopportune o non possibili procedure di preparazione pre-esame sullo stesso, accetta di esporsi volontariamente ai rischi legati alla RM presenti durante l'esecuzione dell'esame (campi magnetici statici, variabili e radiofrequenze) a favore e beneficio del paziente assistito.

Firma del genitore/accompagnatore volontario