

**M3.1 QUESTIONARIO PRELIMINARE E CONSENSO INFORMATO RELATIVI ALL'ESECUZIONE DI UN ESAME DI RISONANZA MAGNETICA**

Sig. \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Peso Kg. \_\_\_\_\_ Altezza \_\_\_\_\_

Esame \_\_\_\_\_

Il questionario anamnestico ha lo scopo di accertare l'assenza di controindicazioni all'esame RM o la non pertinenza di specifici approfondimenti preventivi. Tale questionario deve essere attentamente compilato e firmato dal Medico Responsabile della Prestazione Diagnostica, il quale, in relazione alle risposte fornite dal paziente, può concludere che non sussistano controindicazioni all'esame RM. La controfirma del paziente a piè della medesima pagina, in calce alla formula del consenso, garantisce – fra le altre, anche la sua piena consapevolezza delle gravi conseguenze che possono rivestire risposte falsi o mendaci ai quesiti sottopostigli.

**Controindicazioni assolute** che precludono l'esecuzione dell'esame:

- È portatore di:
 

- Pace-maker cardiaco	SI	NO
- Neurostimolatori, elettrodi intracerebrali o subdurali	SI	NO

**Controindicazioni relative** che non precludono l'esecuzione dell'esame ma necessitano di valutazione:

- È portatore di:
 

- Clips su aneurismi (vasi sanguigni)	SI	NO
- Pompa di infusione per insulina o altri farmaci	SI	NO
- Protesi endovascolari (stent)	SI	NO
- Ha subito interventi chirurgici su
 

- Testa _____	- Addome _____
- Collo _____	- Estremità _____
- Torace _____	- Altri _____
- Soffre di claustrofobia SI NO
- È in stato di gravidanza SI NO
- Data dell'ultima mestruazione \_\_\_\_\_
- Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore o carrozziere SI NO
- Ha mai subito incidenti stradali o di caccia SI NO
- È portatore di:
 

- Corpi metallici nelle orecchie o impianti per l'udito	SI	NO
- Derivazioni spinali o ventricolari	SI	NO
- Corpi intrauterini (spirale)	SI	NO
- Protesi metalliche, viti, chiodi, fili ecc	Localizzazione _____	
- Schegge o frammenti metallici	Localizzazione _____	
- Distrattori della colonna vertebrale	SI	NO
- Protesi del cristallino	SI	NO
- Protesi dentarie fisse	SI	NO
- Piercing, tatuaggi	SI	NO
- Cerotti medicali (es. NITRODERT TTS o etc.)	SI	NO
- E' affetto da anemia falciforme	SI	NO

**Prima di effettuare l'esame occorre togliere:**

- Lenti a contatto, apparecchi per l'udito, dentiere, corone temporanee mobili, cinta sanitaria
- Ogni oggetto metallico quali: fermagli per capelli, mollette, occhiali, gioielli, orologi, monete, ferma soldi, chiavi, ganci automatici, bottoni metallici, spille, vestiti con lampo, punti metallici (applicati agli indumenti in tintoria), limette, forbici
- Carte di credito ed altre schede magnetiche
- Asportare cosmetici dal volto

In alcuni casi, per una migliore valutazione diagnostica, l'esame può essere completato da sequenze eseguite dopo la somministrazione di mezzo di contrasto paramagnetico endovena o intraarticolare.

A tutt'oggi non sono stati segnalati effetti collaterali gravi. Tuttavia è necessario segnalare eventuali diatesi allergiche:

Soffre di allergie?      SI      NO

Quali? \_\_\_\_\_

Si segnala che vi è il rischio di deposizione del gadolinio nei tessuti cerebrali, in assenza di documentata sintomatologia correlata.

Nel caso di esami prescritti con mezzo di contrasto si consiglia **digiuno da 6 ore**.

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.

Firma del Medico .....

Data .....

### **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. Pertanto, consapevole dell'importanza delle risposte fornite, acconsente l'esecuzione dell'esame.

Firma del paziente (\*) .....

*\*In caso di paziente minorenni è necessaria la firma di un genitore o di chi ne fa le veci.*

### **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.

Firma del paziente (\*) .....

*\*In caso di paziente minorenni è necessaria la firma di un genitore o di chi ne fa le veci.*