

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 sottoposti.

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 **diggiuno 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.*