

Responsabile f.f.: Dr. Pier Paolo Arcuri

MODULO DI ANAMNESI E CONSENSO INFORMATO PER ESAME DI RISONANZA MAGNETICA (*)

Dati del paziente

Cognome Nome

Luogo di nascita e data: Peso (Kg)

Residenza Recapito Tel.

Indagine richiesta quesito diagnostico.....

Reparto/Medico richiedente l'esame RM

Questionario Preliminare:

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:	SI NO
Ha subito interventi chirurgici su: testa, collo, addome, estremità, torace altro:	SI NO
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, di defibrillatori o altri tipi di stimolatori?	SI NO
È portatore di schegge o frammenti metallici?	SI NO
È portatore di Clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello?	SI NO
E' portatore di Valvole cardiache? Stents?	SI NO
E' portatore di distrattori della colonna vertebrale?	SI NO
E' portatore di pompa di infusione per insulina o altri farmaci?	SI NO
E' portatore di corpi metallici nelle orecchie o impianti per udito?	SI NO
E' portatore di neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali?	SI NO
E' portatore di corpi intrauterini (IUD)?	SI NO
E' portatore di derivazione spinale o ventricolare?	SI NO
E' portatore di protesi dentarie fisse o mobili?	SI NO
E' portatore di protesi metalliche viti, chiodi, filo (per pregresse fratture) ecc.?	SI NO
Altre protesi?	SI NO
Localizzazione	
Ritiene di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui <u>potrebbe</u> 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
Localizzazione.....	
Sta utilizzando cerotti medicali?	SI NO

(*) Il presente consenso informato deve necessariamente essere stampato su un unico foglio (A3), fronte/retro

CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DELL'ESAME RM

CHE COS'E'

La Risonanza Magnetica (RM) è una tecnica diagnostica che non utilizza radiazioni ionizzanti o sostanze radioattive. La diagnostica mediante RM utilizza campi statici di induzione magnetica e onde elettromagnetiche a radiofrequenza (RF), simili alle onde radiotelevisive. La Risonanza Magnetica di base si configura come un esame diagnostico non invasivo e in base alle conoscenze attuali, non comporta effetti biologici rilevanti su pazienti privi di controindicazioni e viene svolto in accordo alle norme e agli standard di sicurezza. **Tuttavia è prudente non effettuare l'esame RM in pazienti di sesso femminile durante il primo trimestre di gravidanza.**

A COSA SERVE

Viene utilizzata per la diagnosi di condizioni patologiche a carico dell'encefalo e della colonna vertebrale, dell'addome, pelvi, dei grossi vasi e del sistema muscolo-scheletrico (articolazioni, osso, tessuti molli).

COME SI EFFETTUA

L'esame non è doloroso né fastidioso. Il paziente viene sdraiato su un lettino e in relazione al tipo di organo da studiare sono posizionate all'esterno del corpo le cosiddette "bobine" (fasce, casco, piastre, ecc..) sagomate in modo da adattarsi alla regione anatomica da studiare, queste non provocano dolore o fastidio essendo appoggiate all'esterno del corpo, ad eccezione delle bobine endorettali. Durante l'esame sono udibili dei rumori ritmici di intensità variabile provocati dal normale funzionamento dell'apparecchio. Può essere necessaria la somministrazione di un mezzo di contrasto paramagnetico per via endovenosa.

COSA PUO' SUCCEDERE-EVENTUALI COMPLICANZE.

Raramente possono insorgere disturbi lievi come sensazione di claustrofobia, calore, prurito, affanno, palpitazioni o sensazione di malessere. In questi casi sarà possibile avvertire gli operatori utilizzando un apposito dispositivo di segnalazione che avrà a portata di mano durante tutto l'esame.

PREPARAZIONE NECESSARIA-RACCOMANDAZIONI.

I pazienti, prima di essere sottoposti all'esame RM, **devono collaborare con il Medico (Responsabile della Prestazione Diagnostica)** al fine di una corretta compilazione dell'apposito "questionario anamnestico" utile ad escludere ogni possibile controindicazione all'esame stesso.

Si raccomanda quanto segue:

- depositare nello spogliatoio o negli appositi armadietti ogni oggetto metallico, ferromagnetico o di supporto magnetico (telefoni cellulari, monete, orologi, chiavi, orecchini, spille, gioielli, fermagli per capelli, tessere magnetiche, carte di credito, etc.),
- togliere eventuali protesi dentarie e apparecchi per l'udito,
- togliere lenti a contatto o occhiali,
- spogliarsi ed indossare l'apposito camice monouso fornito dal personale di servizio,
- utilizzare la cuffia o gli appositi tappi auricolari forniti dal personale di servizio. Si raccomanda di evitare di truccare il viso e di utilizzare la lacca per capelli poiché possono creare artefatti che riducono la qualità delle immagini.

Durante tutto l'esame è necessario mantenere il massimo grado di immobilità, respirando regolarmente. Non è necessario interrompere eventuali terapie farmacologiche in corso (ad es. per l'ipertensione o il diabete).

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

Firma del Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame RM

data

ESPRESSIONE ED ACQUISIZIONE DEL CONSENSO/DISSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DELL'INDAGINE DI RISONANZA MAGNETICA SENZA E/O CON MEZZO DI CONTRASTO

Dichiarante

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____

Il _____ residente in _____ via _____

(1) in qualità di esercente la potestà sul minore.....

(2) in qualità di tutore del paziente.....

Informato/a dal Dr. _____

- sul tipo di indagine diagnostica da eseguire e precisamente Risonanza Magnetica.

Reso/a consapevole:

- sul parere del sanitario che il trattamento proposto è quello che offre il miglior rapporto rischio/beneficio sulla base delle conoscenze attuali;

- della possibilità che l'indagine, una volta avviata, possa essere interrotta a mia richiesta, senza pregiudicare l'attività assistenziale, ma senza ottenere l'informazione ricercata con questo esame;

- dei rischi relativi di eventuali danni per la salute (temporanei e permanenti) e per la vita.

Preso visione delle informazioni relative all'indagine/procedura in oggetto.

Valutate le informazioni ricevute ed i chiarimenti che mi sono stati forniti, avendo compreso quanto sopra sinteticamente riportato:

accetto l'indagine proposta

rifiuto l'indagine proposta

Medico radiologo _____

Eventuale interprete _____

Firma del paziente _____

Data _____

DICHIARAZIONE di STATO DI GRAVIDANZA CERTA O PRESUNTA

SI NO

Firma del paziente _____

Data _____

POSSO CAMBIARE LA MIA DECISIONE RIGUARDO ALL'EFFETTUAZIONE DELL'ESAME?

Lei non è assolutamente obbligata/o ad effettuare l'esame; alternativamente il medico utilizzerà altre procedure che sono attualmente disponibili per l'effettuazione delle quali verrà comunque richiesto il suo consenso.

Consenso al trattamento delle informazioni cliniche e delle immagini RM in forma **anonimizzata** per *finalità di ricerca scientifica ed epidemiologica* e per la messa a punto di strumenti informatici di supporto alla diagnosi e terapia:

Consento il trattamento

Non consento il trattamento

La preghiamo di datare e firmare il presente modulo per presa visione.

Firma del paziente _____

Data _____

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^o 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 MDC / sedativi o eseguire particolari procedure di preparazione pre-esame. Si autorizza altresì, a seguito dell'esame, la conservazione da parte della struttura sanitaria dei questionari utilizzati contenenti i propri dati sensibili, prevista ai sensi del DM 2.8.91, 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.

Firma del Paziente _____

Data _____