QUESTIONARIO MINISTERIALE E CONSENSO INFORMATO ALL'ESAME DI RISONANZA MAGNETICA

COGNOME E NOME ..... Data di nascita ...../...../.....

INDIRIZZO ..... CITTA' .....

RECAPITO TELEFONICO ...../.....

PESO (Kg) .....

MOTIVO DELLA RICHIESTA .....

ESAME RM RICHIESTO .....

MEDICO RICHIEDENTE .....

Gentile Signore/a,
l'esame a cui Lei sta per essere sottoposto/a non utilizza radiazioni ionizzanti (raggi X), ma esclusivamente onde di radiofrequenza abbinate ad un campo magnetico di elevata intensità. L'esame RM risulta pertanto pressoché innocuo per i pazienti esposti temporaneamente a tali forme di onde elettromagnetiche.
Esistono tuttavia delle controindicazioni a tale esame legate alla presenza del campo magnetico che si comporta come una potente calamita in grado di attrarre oggetti metallici, anche se posizionati all'interno dell'organismo.
Per questa ragione non tutti i pazienti possono essere sottoposti a tale esame.

La preghiamo pertanto di leggere attentamente questo modulo e rispondere al questionario di seguito riportato, al fine di verificare che l'indagine a cui Lei verrà sottoposto/a sia del tutto esente da rischi:

NB: barrare la risposta

- Soffre di claustrofobia? SI NO

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

- Ha mai subito incidenti stradali o di caccia? SI NO
- E' stato vittima di traumi da esplosioni? SI NO
- Ha mai subito interventi chirurgici? SI NO

  se **SI** indicare quali:.....

  .....

  .....

- E' affetto/a da anemia falciforme? SI NO

E' portatore di:

- elettrostimolatore cardiaco (pace-maker?),
o di altri tipi di cateteri cardiaci? SI NO
- valvole cardiache? SI NO
- neurostimolatori, elettrodi intracranici o nella colonna vertebrale? SI NO
- distrattori della colonna vertebrale? SI NO
- pompa per infusione di insulina o di altri farmaci? SI NO
- protesi metalliche articolari (ginocchio, anca, etc.)? SI NO
- impianti per l'udito o corpi metallici nelle orecchie? SI NO
- lenti a contatto o protesi del cristallino? SI NO
- protesi dentarie? SI NO

se **SI** indicare se fissa/e o mobile/i e la/le sede/i:

.....

.....

Nel suo corpo si trovano elementi metallici quali:

- schegge o frammenti metallici? SI NO
- punti di sutura (clips) su vasi sanguigni, aorta o cervello? SI NO
- viti, placche, fili di sutura metallici, chiodi? SI NO
- stents intravascolari? SI NO

Domande rivolte alle pazienti di sesso femminile:

- E' portatrice di corpi intrauterini (spirale)? SI NO
- E' in stato di gravidanza? SI NO

Indicare la data dell'ultima mestruazione ...../...../.....

Prima di sottoporsi all'esame RM è necessario:

togliere eventuali protesi dentarie mobili, protesi uditive mobili, lenti a contatto, corsetto, cinte, fermagli per capelli, occhiali, gioielli, orologi, carte di credito o altre schede magnetiche, accendino, monete, chiavi, fermasoldi, temperino, limette, forbici, pinzette, coltelli tascabili, punti metallici (ad es. applicati agli indumenti di tintoria), spille, indumenti con ganci o bottoni metallici ed eventuali altri oggetti metallici. Inoltre è necessario asportare eventuali cosmetici dal volto.

Data ...../...../.....

_____

(firma del medico)

Dichiaro che quanto sopra specificato corrisponde a verità ed acconsento a sottopormi ad esame di Risonanza Magnetica.

_____

(firma del paziente o di chi ne fa legalmente le veci)