



PADOVA

PONTE DI BRENTA Via Bravi, 47
CENTRO Via Sancin, 38
SCROVEGNI Via Scrovegni, 10/A

Tel. 049 622.52.11
Tel. 049 87.55.499
Tel. 049 87.59.311

GUIZZA Via Alfieri, 13

Tel. 049 68.73.00

ALBIGNASEGO Via Barbarigo, 9/B

Tel. 049 86.25.966

PIAZZOLA S.B. Via Ing. allo Jutificio, 1

Tel. 049 96.00.680

VENEZIA

MARGHERA Via Paolucci, 36

Tel. 041 92.08.11

MIRA Via Bologna, 5/5A

Tel. 041 42.658.83

DOLO Via Garibaldi, 52

Tel. 041 41.24.36

CI-DXI-03_03 Cons.Inf. Questionario Esame RM – pag.1di2

INFORMATIVA e CONSENSO INFORMATO del PAZIENTE ALL'ESECUZIONE della RISONANZA MAGNETICA

CHE COS'È - La Risonanza Magnetica (RM) è una tecnica diagnostica che non utilizza radiazioni ionizzanti o sostanze radioattive, utilizza campi statici di induzione magnetica e onde elettromagnetiche a radiofrequenza(RF), simili alle onde radiotelevisive. La Risonanza Magnetica si configura come un esame non invasivo e in base alle conoscenze, non comporta effetti biologici rilevanti 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 - Il paziente viene sdraiato su un lettino e in base all'organo da studiare sono posizionate le "bobine" (fasce, casco, piastre, ecc), sagomate per adattarsi alla regione anatomica, non provocano dolore o fastidio essendo all'esterno del corpo (eccezione bobine endorettali). Durante l'esame sono udibili dei rumori di intensità variabile provocati dal funzionamento dell'apparecchio. Può essere necessaria la somministrazione di un mezzo di contrasto paramagnetico per via endovenosa. Non è necessario interrompere eventuali terapie farmacologiche in corso (es. ipertensione; diabete; ecc.).

POSSIBILI COMPLICANZE - L'esame non è doloroso né fastidioso, il tempo di esecuzione varia in base al tratto in studio e al numero di tratti; raramente possono insorgere disturbi come senso di claustrofobia, calore, prurito, affanno, palpitazioni o sensazione di malessere; è possibile comunque avvertire gli operatori con un dispositivo di segnalazione a portata di mano durante tutto l'esame.

PREPARAZIONE NECESSARIA – RACCOMANDAZIONI: -depositare negli 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 protesi dentarie e apparecchi per l'udito, lenti a contatto o occhiali; -evitare di truccare il viso e di utilizzare lacca per capelli poiché possono creare artefatti che riducono la qualità delle immagini, eliminare il trucco prima di iniziare l'esame; -spogliarsi ed indossare il camice monouso, utilizzare la cuffia o gli appositi tappi auricolari forniti dal personale di servizio. Durante tutto l'esame è necessario mantenere il massimo grado di immobilità, respirando regolarmente.

È opportuno ed inoltre è indispensabile nel caso di pazienti minorenni o non perfettamente in grado di intendere/volere, che prima di effettuare l'esame il Paziente o il Genitore/Tutore pre-compili il questionario anamnestico con il Medico Curante Richiedente, per meglio raccogliere l'anamnesi. Il Paziente sarà accolto e identificato dal personale di servizio che verificherà la documentazione (richiesta esame, eventuale pregressa documentazione clinica, questionario). Il paziente, prima di essere sottoposto all'esame RM, deve collaborare con il Medico ed il Tecnico Radiologo per una corretta compilazione del questionario anamnestico, utile ad escludere ogni possibile controindicazione all'esame, rispondendo nuovamente alle domande, escludendo ogni possibile fraintendimento. Saranno fornite informazioni sulla durata dell'esame e sulla necessaria collaborazione del Paziente durante l'esame.

Utente: M F

Luogo di Nascita: Data di Nascita: Tel.:

Domicilio: CAP:

C.F.: E-mail:

Medico Curante, Dott: Tel.:

eventuale

Genitore/Tutore: M F

Luogo di Nascita: Data di Nascita: Tel.:

Domicilio: CAP:

C.F.: E-mail:

Consegna della seguente documentazione in visione da parte del paziente:

Firma di chi riceve

Firma del Paziente o Delegato

Il paziente ritira in data /..... /..... la predetta documentazione lasciata in visione.

Firma di chi consegna

Firma del Paziente o Delegato

IL MEDICO CURANTE RICHIEDENTE L'INDAGINE RM

in base ai dati anamnestici forniti dal Paziente ed ai dati clinici attualmente in mio possesso, non si rilevano discrepanze rispetto a quanto dichiarato per l'effettuazione dell'indagine RM.

firma del Medico Curante Richiedente l'esame RM

Data

_____ / ____ / ____



PADOVA

PONTE DI BRENTA Via Bravi, 47
CENTRO Via Sancin, 38
SCROVEGNI Via Scrovegni, 10/A

Tel. 049 622.52.11
Tel. 049 87.55.499
Tel. 049 87.59.311

GUIZZA

Via Alfieri, 13
ALBIGNASEGO Via Barbarigo, 9/B
PIAZZOLA S.B. Via Ing. allo Jutificio, 1

Tel. 049 68.73.00
Tel. 049 86.25.966
Tel. 049 96.00.680

VENEZIA

MARGHERA Via Paolucci, 36
MIRA Via Bologna, 5/5A
DOLO Via Garibaldi, 52

Tel. 041 92.08.11
Tel. 041 42.658.83
Tel. 041 41.24.36

QUESTIONARIO ANAMNESTICO ESAME RM

Utente: ? M ? F

Luogo di Nascita: Data di Nascita: Tel.:

Domicilio: CAP:

C.F.:

E-mail:

Medico Curante, Dott: Tel.:

Ha eseguito in precedenza esami RM? SI NO

Soffre di claustrofobia? SI NO

Ha mai lavorato o lavora come saldatore, tornitore o carrozziere? SI NO

Ha mai subito incidenti stradali o di caccia? SI NO

E' stato vittima di traumi da esplosioni? SI NO

E' in stato di gravidanza certa o presunta? SI NO data ultime mestruazioni

Ha mai avuto reazioni allergiche dopo iniezione di mezzo di contrasto? SI NO

Soffre di allergie? SI NO

Soffre di insufficienza renale? SI NO

Ha subito interventi chirurgici: SI NO

Su:	Testa	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Collo	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Torace	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Altro:	_____
	Addome	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Estremità	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Occhi	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		_____

E' portatore di:

•Dispositivi medici o corpi metallici SI NO •Corpi metallici nelle orecchie o impianti per l'udito? SI NO

•Pace- maker cardiaco o altri cateteri cardiaci? SI NO •Distrattori della colonna vertebrale? SI NO

•Schegge o frammenti metallici? SI NO •Dispositivi intrauterini (IUD) SI NO

•Clips e stent su aneurismi, vasi sanguigni, aorta? SI NO •Derivazioni spinali o ventricolari? SI NO

•Valvole cardiache artificiali? SI NO •Protesi dentarie fisse o mobili? SI NO

•Defibrillatori, pompe infusione, neurostimolatori? SI NO •Altre protesi metalliche? SI NO

Ritiene di poter avere protesi/apparecchi o atri corpi metallici nel corpo di cui potrebbe non essere a conoscenza? SI NO

Portatore di protesi del cristallino? SI NO Portatore di piercing? SI NO Portatore di tatuaggi? SI NO

E' affetto da Anemia Falciforme SI NO

IL MEDICO RADIOLOGO RESPONSABILE DELL'ESAME RM

preso atto delle risposte fornite dal Paziente ed espletata l'eventuale visita medica e/o le ulteriori indagini diagnostiche preliminari
AUTORIZZA L'ESECUZIONE DELL'INDAGINE RM.

firma del Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame RM

Data

CONSENSO INFORMATO CONDIVISO E LIBERAMENTE ESPRESSO PER L'ESECUZIONE DELL'ESAME DI RISONANZA MAGNETICA

Dopo aver preso visione delle informazioni relative all'esame RM riportate nell'informativa, valutate le informazioni ricevute ed i chiarimenti che mi sono stati forniti, ritengo di essere stato sufficientemente informato sui i rischi e sulle controindicazioni e sugli eventuali danni per la salute e per la vita legati all'esposizione a campi elettromagnetici generati dall'apparecchiatura RM. Pertanto consapevole dell'importanza delle risposte fornite, dichiaro di avere risposto con precisione ed esaurientemente alle domande sopra elencate ed esprimo il mio consenso all'esecuzione dell'esame.

firma del Paziente (o Genitore/Tutore)

Data