

	titolo: CONSENSO INFORMATO ESAME DI RISONANZA MAGNETICA	Pag.
		di

data di emissione: 12/06/2012	redatto da TSRM:	verificato da RMG:	approvato DIS:
nome file: i_q0801b_consenso m.doc			

Dati del Paziente			
Cognome		Nome	
Data di Nascita		Peso (Kg)	

QUESTIONARIO PRELIMINARE ALL'ESECUZIONE DI UN ESAME RM

Si prega di rispondere con attenzione ai seguenti quesiti:

- Soffre di claustrofobia? SI NO
- Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere? SI NO
- Ha mai subito incidenti stradali o incidenti di caccia? SI NO
- E' stato vittima di traumi da esplosioni? SI NO
- Ha subito interventi chirurgici? SI NO

Localizzazione:

testa addome

collo estremità

torace altri

- E' portatore di:
 - ✓ Schegge o frammenti metallici? SI NO
 - ✓ Clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello? SI NO
 - ✓ Valvole cardiache? SI NO
 - ✓ Distrattori della colonna vertebrale? SI NO
 - ✓ Pompa di infusione per insulina o altri farmaci? SI NO
 - ✓ Pace-maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci? SI NO
 - ✓ Corpi metallici nelle orecchie o impianti per l'udito? SI NO
 - ✓ Neurostimolatori, elettrodi impiantati per cervello o subdurali? SI NO
 - ✓ IUD (Spirale) *? SI NO
 - ✓ Derivazione spinale o ventricolare? SI NO
 - ✓ Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, etc.)
viti, chiodi, filo, etc..
Localizzazione:
 - ✓ Protesi dentarie fisse o mobili? SI NO
Localizzazione:
 - ✓ Protesi del cristallino? SI NO
- E' affetto da anemia falciforme? SI NO
- E' in stato di gravidanza? SI NO
- Ultima mestruazione avvenuta? Data:

(*) L'effettuazione dell'esame di Risonanza Magnetica nella Pazienti portatrici di IUD potrebbe far perdere efficacia del dispositivo, per cui è consigliabile un controllo ginecologico dopo la procedura diagnostica.

	titolo: CONSENSO INFORMATO ESAME DI RISONANZA MAGNETICA	Pag.	
		di	
2	2		
data di emissione: 12/06/2012	redatto da TSRM:	verificato da RMG:	approvato DIS:
nome file: i_q0801b_consenso rm.doc			

Per effettuare l'esame occorre:

- togliere eventuali lenti a contatto; apparecchi per l'udito, dentiera, corone temporanee mobili, cinta sanitaria;
- togliere fermagli per capelli, mollette, occhiali, collane, orecchini, piercing, occhiali;
- asportare cosmetici dal volto;
- togliere i propri indumenti e indossare il camice e sovra-scarpe forniti dal personale sanitario (i propri oggetti possono essere riposti nelle cassette con chiave messe a disposizione nella sala rm).

Data

Firma Medico Responsabile
dell'esecuzione dell'esame

.....

DICHIARAZIONE DEL PAZIENTE

Il/La sottoscritto/a dichiara di avere risposto in modo completo e veritiero al questionario e di essere stato esaurientemente informato/a sulle finalità e modalità di svolgimento. Autorizza l'espletamento dell'esame di Risonanza Magnetica, eventualmente anche con somministrazione di mezzo di contrasto per via endovenosa (**).

(**) In caso di esami con MDC, per escludere la presenza di situazioni cliniche non manifeste che aumentano il rischio di reazioni chemiotossiche da mezzo di contrasto, è necessario eseguire preventivamente l'accertamento della creatininemia.

Data

Firma del Paziente per Conferma:

.....

Per l'esecuzione di esami ai minori il modulo va compilato dal tutore legale responsabile:

Il/la sottoscritto/a Tutore Legale del
minore..... autorizza l'esecuzione dell'esame RM con le
modalità ritenute più opportune dal Medico Specialista Radiologo.

Data

Firma

Data

Firma Medico Responsabile
(per presa visione)

.....