



data di emissione: 22/06/2021	redatto da TSRM:	verificato da RMG:	approvato DIS:
nome file:			

Dati del Paziente

Cognome		Nome	
Data di Nascita		Peso (Kg)	

QUESTIONARIO PRELIMINARE e CONSENSO INFORMATO ESAME RISONANZA MAGNETICA

Si prega di rispondere con attenzione ai seguenti quesiti:

- 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 o incidenti di caccia? SI NO
- E' stato vittima di traumi da esplosioni? SI NO
- Ultime mestruazioni avvenute? _____
- Ha subito interventi chirurgici? SI NO
- Localizzazione:
- testa addome
- collo estremità
- torace altri
- E' a conoscenza di avere uno o più dispositivi medici o corpi metallici all'interno del corpo? SI NO
- E' portatore di Pace-maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci? SI NO
- E' portatore di schegge o frammenti metallici? SI NO
- E' portatore di Clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello? SI NO
- E' portatore di Valvole cardiache? SI NO
- E' portatore di Stent? SI NO
- E' portatore di defibrillatori impiantati? 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 l'udito? SI NO
- E' portatore di Neurostimolatori, elettrodi impiantati per cervello o subdurali? SI NO
- E' portatore di altri tipi di stimolatori? SI NO
- E' portatore di corpi intrauterini? 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 (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, ecc.) viti, chiodi, filo, ecc? SI NO
- E' portatore di altre protesi? SI NO
- Localizzazione: _____
- Ritieni di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe NON esserne a conoscenza? SI NO
- Informazioni supplementari: _____



data di emissione: 22/06/2021	redatto da TSRM:	verificato da RMG:	approvato DIS:
nome file:			

- E' affetto da anemia falciforme? SI NO
- E' portatore di Protesi del cristallino? SI NO
- E' portatore di piercing? SI NO
- Presenza di tatuaggi? SI NO
Localizzazione: _____
- Sta utilizzando cerotti medicali? SI NO

(*) 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.

Per effettuare l'esame RM occorre rimuovere:

eventuali lenti a contatto - apparecchi per l'udito - dentiera - corone temporanee mobili - cinta erniaria - fermagli per capelli - mollette - occhiali - gioielli - orologi - carte di credito o altre schede magnetiche - coltelli tascabili - ferma soldi - monete - chiavi - ganci - automatici - bottoni metallici - spille - vestiti con lampo - calze di nylon - indumenti in acrilico - pinzette metalliche - punti metallici - limette - forbici - altri eventuali oggetti metallici.

Prima di sottoporsi all'esame si prega di asportare cosmetici dal viso.

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

Data

.....

.....

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

Data

.....

.....

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 Responsabile dell'esecuzione dell'esame RM.

Data

Firma