

MODULO INFORMATIVO E QUESITO ANAMNESTICO

DATI PAZIENTE:

Cognome: _____ Nome: _____

Data e luogo di nascita. _____ Peso Kg: _____

Residenza Recapito Tel. _____

Indagine richiesta

Reparto

Nota informativa relativa all'esame RM:

La Risonanza Magnetica (RM) è una tecnica diagnostica che non utilizza radiazioni ionizzanti o sostanze radioattive.

La diagnostica mediante RM sfrutta l'impiego di intensi campo statici di induzione magnetica e onde elettromagnetiche a radiofrequenza (RF). In alcuni tipo di indagine possono anche essere somministrate al paziente, per via endovenosa, alcune sostanze con proprietà paramagnetiche come mezzo di contrasto. Ad eccezione di tali casi la Risonanza Magnetica si configura come un esame diagnostico non invasivo.

L'esame RM, 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. Sebbene non esistano evidenze in grado di provocare una sensibilità dell'embrione ai campi statici di induzione magnetica e alle onde elettromagnetiche RF utilizzati per indagini diagnostiche mediante RM, è prudente non effettuare l'esame RM in pazienti di sesso femminile durante il primo trimestre di gravidanza.

Nel corso dell'esame RM è molto rara l'insorgenza di reazioni avverse.

Esecuzione dell'esame RM:

I pazienti possono essere sottoposti all'esame RM sono previa esclusione di ogni possibile controindicazione all'esame RM e compilazione dell'apposito "questionario anamnestico" e "modulo di consenso informato". Per effettuare l'esame

RM è necessario, (1) depositare nello spogliatoio o negli appositi armadietti/contenitori 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), (2) togliere eventuali protesi dentarie e apparecchi per l'udito, (3)

togliere occhiali e/o lenti a contatto.

La durata media dell'esame RM è circa 30 minuti. Durante la fase di acquisizione dati dell'esame RM sono udibili dei rumori ritmici di intensità variabile provocati dal normale funzionamento dell'apparecchiatura RM. Le condizioni di ventilazione, illuminazione e temperatura sono tali da assicurare il massimo comfort. Durante la fase di esame è necessario rimanere tranquilli e mantenere il massimo grado di immobilità per non compromettere il risultato diagnostico dell'immagine. La respirazione regolare e la deglutazione della salivo non disturbano l'esame.

Nella sala comando è sempre presente personale di servizio pronto ad intervenire in caso di qualsiasi necessità. Il paziente è sempre in contatto vocale e visivo con gli operatori che eseguono un controllo costante durante tutta la fase

di esame, calore, prurito, affanno, palpitazioni o svenimento è opportuno che il paziente avverta quanto prima il Medico Responsabile dell'esame RM.

QUESTIONARIO ANAMNESTICO

Il "questionario anamnestico" ha lo scopo di accertare l'assenza di controindicazioni all'esame RM. Tale questionario deve essere attentamente compilato da ogni paziente prima di essere sottoposto all'esame RM e firmato dal Medico Responsabile dell'esame. Risposte affermative ad uno o più quesiti possono comportare controindicazione anche assoluta all'esecuzione dell'esame RM.

Si riportano di seguito i contenuti minimi consigliati del "questionario anamnestico" preliminare all'esecuzione dell'esame RM.

- Ha eseguito in precedenza esami RM? SI NO
- Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere? SI NO
- Ha mai subito incidenti stradali, incidenti di caccia? SI NO
- E' stato vittima di traumi da esplosioni? SI NO
- E' in stato di gravidanza? SI NO
- Data ultime mestruazioni: _____
- Ha subito interventi chirurgici su:
Testa SI NO Addome SI NO
Collo SI NO Torace SI NO
Estremità SI NO Altro (SPECIFICARE)
- E' a conoscenza di avere uno o più dispositivi medici o corpi metallici all'interno del corpo? SI NO
- E' portatore di:
 - Schegge o frammenti metallici? SI NO
 - Pace-maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci? SI NO
 - Clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello? SI NO
 - Valvole cardiache? SI NO
 - Stents? SI NO
 - Defibrillatori impiantati? SI NO
 - Distrattori della colonna vertebrale? SI NO
 - Pompa infusione di insulina o di altri farmaci? SI NO
 - Corpi metallici nelle orecchie o impianti per udito? SI NO
 - Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali? SI NO
 - Altri tipi di stimolatori? SI NO
 - Corpi intrauterini? SI NO
 - Derivazione spinale o ventricolare? SI NO
 - Protesi dentarie (fisse o mobili)? SI NO
 - Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi articolari, ecc), viti, chiodi, filo ecc...? SI NO
 - 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:
 - E' affetto da anemia falciforme? SI NO
 - E' portatore di protesi del cristallino? SI NO
 - E' portatore di piercing? SI NO
 - Localizzazione
 - Presenta tatuaggi? SI NO
 - Localizzazione
- Sta utilizzando cerotti medicali? SI NO



Per effettuare l'esame RM occorre togliere:

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 - pinzette metalliche - punti metallici - limette - forbici - altri eventuali oggetti metallici

IL MEDICO RESPONSABILE DELL'ESAME RM

Preso atto delle risposte fornite dal paziente ed espletata l'eventuale visita medica

AUTORIZZA L'ESECUZIONE DELL'INDAGINE RM

Firma del Medico Responsabile dell'esame RM

Data

.....

.....

Essere stato/a esaurientemente informato/a circa l'indicazione clinica, l'utilità, le modalità di esecuzione, tutte le possibili reazioni avverse e i fattori di rischio degli accertamenti clinici e diagnostici mediante RM a cui sarà sottoposto.

Il/La sottoscritto/a in particolare prende atto che:

- L'esame RM in pazienti di sesso femminile durante i primi tre mesi di gravidanza è sconsigliato tranne nei casi di effettiva e improrogabile necessità.
- Un medico esperto nelle metodologie di diagnostica mediante Risonanza Magnetica è sempre presente durante l'esecuzione dell'esame RM ed un Medico Rianimatore è sempre immediatamente reperibile all'interno della struttura per garantire un pronto intervento in caso di emergenza.
- Ogni eventuale chiarimento in merito all'esecuzione dell'esame RM può essere richiesto al personale medico e paramedico di servizio presso il sito RM.
- Il/La sottoscritto/a informato/a sulle controindicazioni relative all'esame RM, acconsente all'esecuzione dell'esame:

SI NO



IL PAZIENTE

Io sottoscritto/a _____ C.F. _____
nato/a _____ il ____/____/____ e residente a _____ in
via _____

Dichiara di essere stato informato esaurientemente in merito all'esame da eseguire, sulle indicazioni e gli eventuali rischi e le conseguenze che ne possono derivare. Confermo di aver compreso le spiegazioni che mi sono state fornite (attraverso questo foglio) e pertanto acconsento di sottopormi a questa procedura

Firma del paziente _____ Luogo e Data _____

Firma del medico _____ Luogo e Data _____

DA COMPILARSI ESCLUSIVAMENTE NEL CASO DI SOGGETTI MINORENNI E/O TUTELATI:

Io sottoscritto/a _____ C.F. _____
nato/a _____ il ____/____/____ e residente a _____ in
via _____ in qualità di tutore del paziente inabilitato/genitore del paziente
minorenne esercente la potestà genitoriale _____
C.F. _____ nato/a _____ a _____ il ____/____/____ e residente
in _____

Dichiara di essere stato informato esaurientemente in merito all'esame da eseguire, sulle indicazioni e gli eventuali rischi e le conseguenze che ne possono derivare. Confermo di aver compreso le spiegazioni che mi sono state fornite (attraverso questo foglio) e pertanto acconsento di sottopormi a questa procedura.

Firma del genitore/tutore _____ Luogo e Data _____

Firma del medico _____ Luogo e Data _____