

QUESTIONARIO PRELIMINARE ALL'ESECUZIONE DI ESAME RMN

Sig.....nato il.....

Peso Kg.....Inviato da.....

- Ha eseguito in precedenza esami RM ? Sì No
- Soffre di claustrofobia? Sì No
- Ha avuto reazioni allergiche dopo mezzo di contrasto RM ? Sì No
- Ha mai lavorato come saldatore, tornitore, carrozziere etc.? Sì No
- Ha mai subito incidenti stradali o di caccia? Sì No
- È stato vittima di esplosioni? Sì No
- È in stato di gravidanza? Sì No

Data delle ultime mestruazioni.....

- Ha subito interventi chirurgici a:

Testa	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Addome	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Collo	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Estremità	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Torace	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Altro.....	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

- E' a conoscenza di avere uno o più dispositivi medici o corpi metallici all'interno del corpo ? Sì No

E' portatore di:

- Pace-Maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci? Sì No
- Schegge o frammenti metallici? Sì No
- Clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello? Sì No
- Valvole cardiache? Sì No
- Stents? Sì No
- Defibrillatori impiantati? Sì No
- Distrattori della colonna vertebrale? Sì No
- Pompa di infusione per insulina o altri farmaci? Sì No
- Corpi metallici nelle orecchie o impianti per udito? Sì No
- Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali? Sì No
- Altri tipi di stimolatori? Sì No
- Corpi intrauterini? Sì No
- Derivazione spinale o ventricolare? Sì No
- Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, etc), viti, chiodi, filo, etc... ? Sì No
- Altre protesi ? Sì No
- Localizzazione
- Ritieni di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe NON esserne a conoscenza ? Sì No

Informazioni supplementari:

- E' affetto da anemia falciforme ? Sì No
- E' affetto da insufficienza renale? Sì No
- E' portatore di protesi del cristallino ? Sì No
- Protesi dentarie (fisse o mobili)? Sì No

Per effettuare l'esame occorre:

1. Togliere eventuali lenti a contatto, apparecchi per l'udito, protesi dentali mobili, cinta sanitaria.
2. Togliere fermagli per capelli, mollette, occhiali, gioielli, orologi, fermagli, monete, chiavi, ganci automatici e qualunque tipo di oggetti metallici, oltre a carte di credito e schede magnetiche.
3. Asportare cosmetici dal volto.

Firma del Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame

Erba,

Consenso informato all'esecuzione dell'esame di Risonanza Magnetica

Si informa che l'esposizione a campi magnetici e ad onde di radiofrequenza può provocare la perdita di efficacia anticoncezionale del dispositivo intrauterino (IUD): se Lei ne è portatrice, la Sua firma vale come accettazione a sottoporsi ugualmente all'esame in questione.

Si prega di segnalare l'eventuale presenza di :

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="radio"/> cerotti medicati | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> tautaggi e piercing | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> protesi dentali magnetiche | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

Io sottoscritto/a.....

Dichiaro

di essere stato/a informato/a esaurientemente sull'esame di Risonanza Magnetica a cui sarà sottoposto, come da prescrizione medica, e dichiaro di acconsentire all'esecuzione di tale esame.

Firma del Paziente (o di chi ne abbia la patria potestà)

Erba,

Consenso informato alla somministrazione del mezzo di contrasto paramagnetico a base di Gadolinio

Dichiaro:

- di essere stato/a informato/a che l'esame può comportare la necessità che mi venga somministrato un mezzo di contrasto paramagnetico a base di Gadolinio, per via endovenosa;
- di essere stato/a informato/a che tale somministrazione pur se attuata con perizia, diligenza e prudenza può causare la comparsa di reazioni allergiche di varia natura e gravità.

Preso atto della suddette informazioni, dichiaro di aver ricevuto risposte esaurienti ed autorizzo la somministrazione del suddetto mezzo di contrasto.

Firma del Paziente (o di chi ne abbia la patria potestà)

Erba,

CREATININEMIA.....Valore:..... data:.....

IL MEDICO RESPONSABILE 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

Si No

Richiede la sostituzione dell'esame proposto con altra indagine

Firma del Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame

Erba,