

Anamnesi e consenso informato all'esecuzione di Risonanza Magnetica (RM) con e senza mezzo di contrasto (Mdc)

Gentile Signore/Signora,

le seguenti domande sono formulate per garantire la Sua sicurezza e per renderci consapevoli di ogni condizione che potrebbe interferire con il Suo esame di Risonanza Magnetica (RM). Per favore, fornisca la documentazione sanitaria a sua disposizione e legga attentamente e risponda a tutte le domande dando una spiegazione dettagliata dove necessario.

spazio etichetta di riconoscimento Utente

(Dati identificativi del paziente) **Cognome** _____ **Nome** _____
nato/a il _____ sesso (M/F) _____ telefono _____ altezza (cm) _____ peso (Kg) _____

Indagine richiesta _____

QUESTIONARIO ANAMNESTICO

1. ha eseguito in precedenza esami RM? SI NO
2. ha avuto reazioni allergiche dopo la somministrazione del mezzo di contrasto? SI NO
3. è allergico/a a farmaci? SI NO se "Si", indicare quali farmaci _____
4. MALATTIE NOTE: Claustrofobia SI NO
Asma SI NO
Allergie SI NO
Malattie renali SI NO
Diabete SI NO
Anemia Falciforme SI NO
Altre? SI NO se si, quali? _____
5. ha mai esercitato una delle seguenti professioni: saldatore, fabbro, tornitore, carrozziere? SI NO
6. è stato mai ferito da oggetti metallici o corpi estranei? (es: pallottole, schegge o frammenti metallici) SI NO
7. ha mai subito incidenti stradali o incidenti di caccia? SI NO
8. ha mai subito traumi da oggetti metallici agli occhi: SI NO
9. ha mai eseguito operazioni chirurgiche? SI NO se "Si", indicare tipologia e data (g/m/anno) _____
10. assume farmaci? SI NO se "Si", indicare tipologia e data(g/m/anno) _____
11. fa uso di cerotti medicati (es: Nicotina, Nitroglicerina) SI NO
12. indichi se è portatore di:

Pacemaker cardiaco	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Defibrillatore Cardiaco Impiantabile (ICD)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Elettrodi o fili metallici interni	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Protesi valvolare cardiaca	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Sistema di neurostimolazione	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Clip su aneurisma	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
"Stent" metallici, filtri o coil	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Stimolatori impiantati nel corpo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Derivazione (spinale o intraventricolare)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Impianto cocleare o altri impianti dell'orecchio interno	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Apparecchio acustico (rimuovere prima dell'esame)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Pompa d'infusione interna o esterna	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Impianto "port-a-cath"	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Graffette, clips o punti sutura metallici	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Protesi articolari (es. anca, ginocchio)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Qualsiasi tipo di protesi (es. occhio, pene)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Perni, barre o viti in metallo nelle ossa	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Protesi dentarie (rimuovere prima dell'esame)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Piercing (rimuovere prima dell'esame)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Tatuaggi, trucco , trucco permanente <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO (se trucco, rimuovere prima dell'esame)		
Impianto o dispositivo elettronico o magnetico <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Occhiali o lenti a contatto <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO (se "Si", togliarli prima di effettuare l'esame)		
13. SE LEI È DONNA:
 - **è in stato di gravidanza o pensa di esserlo *?** SI NO **ultime mestruazioni avvenute:** data.....
 - sta allattando al seno? SI NO (se "Si" si procede con la somministrazione della " Informativa per la somministrazione di Mdc per RM e TC in donne che allattano al seno" (MOD49 PT DSAN CONS NRX ALLATT))
 - porta protesi o "expander"? SI NO
 - utilizza metodi contraccettivi interni? (es. spirale, diaframma, altri IUD) SI NO (se "Si", necessaria **visita ginecologica dopo esame RM**).

(solo per i pazienti ricoverati)

Data _____ Timbro e firma del Medico di Reparto _____

Anamnesi e consenso informato all'esecuzione di Risonanza Magnetica (RM) con e senza mezzo di contrasto (Mdc)

***Dichiarazione di stato di gravidanza certa o presunta** SI NO

Data _____ ora _____

(Firma del Paziente/entrambi i genitori/Tutore legale)

Se "SI" si procede con la somministrazione della "Scheda informativa esecuzione di esami diagnostici radiologici in gravidanza RX, TC o RM" (MOD48 PT DSAN CONS NRX GRAVID).

Il **Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame**, verificato il questionario anamnestico, preso atto delle risposte fornite dal paziente, espletate l'eventuale visita e/o indagini diagnostiche preliminari, giustificata l'appropriatezza dell'esame e valutata l'ottimizzazione della procedura

AUTORIZZA L'ESECUZIONE DELL'ESAME

Data _____ Cognome e Nome _____ Firma

Il **TSRM**: Cognome e Nome _____ Firma

CONSENSO INFORMATO ALL'ESAME DI RISONANZA MAGNETICA (RM)

Io/Noi sottoscritto/a/i,

Cognome _____ **Nome** _____ nato/a il _____

(In caso di paziente minore o incapace, dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari)

Cognome _____ Nome _____

nato a _____ il _____ in qualità di _____ del paziente

Cognome _____ Nome _____

nato a _____ il _____ in qualità di _____ del paziente

presa visione delle informazioni relative all'indagine/procedura in oggetto ("Scheda informativa sulle modalità di esecuzione dell'esame di Risonanza Magnetica (RM) con e senza mezzo di contrasto (Mdc), MOD06ter PT DSAN CONS RM) e delle ulteriori specifiche informative sopra citate, ritengo:

- di essere stato sufficientemente informato sui rischi e sulle controindicazioni legate all'esposizione ai campi elettromagnetici generati dall'apparecchiatura RM;
- di avere avuto modo di chiarire eventuali dubbi e ricevuto e compreso i chiarimenti ai quesiti posti
- di aver compreso tutte le informazioni sopra citate
- consapevole che l'indagine, una volta avviata, può essere interrotta a mia richiesta

pertanto, consapevole dell'importanza delle risposte fornite

ACCONSENTO A SOTTOPORMI ALL'ESAME RM SI NO

Data _____ ora _____

(Firma del Paziente/entrambi i genitori/Tutore legale)

Cognome e Nome Medico Radiologo _____ **Firma**.....

(eventuale) Cognome e Nome Intermediario linguistico _____ Firma.....

(in caso di esame RM con mezzo di contrasto)

CONSENSO INFORMATO ALLA SOMMINISTRAZIONE DEL MEZZO DI CONTRASTO (Mdc)

Io/Noi sottoscritto/a/i, **presa visione delle informazioni relative all'indagine/procedura in oggetto ("Scheda informativa somministrazione endovena di mezzo di contrasto in di Risonanza Magnetica (RM), MOD06quater PT DSAN CONS RM) e delle ulteriori specifiche informative sopra citate, ricevuti i chiarimenti ai quesiti posti, e avendoli compresi:**

reso/a consapevole e sufficientemente informato:

- che il trattamento proposto è quello che offre il miglior rapporto rischio/beneficio sulla base delle conoscenze attuali;
- che l'indagine, una volta avviata, può essere interrotta a mia richiesta, senza pregiudicare l'attività assistenziale, ma senza ottenere l'informazione ricercata con questo esame;
- dei rischi correlati alla somministrazione e degli eventuali danni per la salute (temporanei e permanenti) e per la vita;

Valore creatinina (mg/dl)

ACCETTO RIFIUTO la somministrazione del mezzo di contrasto

Data _____ ora _____

(Firma del Paziente/entrambi i genitori/Tutore legale)

Cognome e Nome Medico Radiologo _____ **Firma**.....

(eventuale) Cognome e Nome Intermediario linguistico _____ Firma.....

Il sottoscritto/a in data..... alle ore.....

REVOCA IL CONSENSO

all'esame di risonanza magnetica (RM) alla somministrazione del mezzo di contrasto (Mdc)

Firma del Paziente/genitore/Rappresentante Legale

Per presa d'atto, Timbro e firma del medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame.....