



MODULO DI CONSENSO ALL'ESECUZIONE DI ESAME RM

Cognome e nome: _____

Data di nascita: _____

QUESTIONARIO

Il paziente è portatore di:

• anemia falciforme:	no	sì
• pacemaker cardiaco:	no	sì
• protesi cardio-vascolari:	no	sì
• valvole cardiache:	no	sì
• pompe per infusione di farmaci:	no	sì
• neurostimolatori, elettrodi endocerebrali o sottodurali:	no	sì
• clips endocraniche, endoorbitarie, endovascolari:	no	sì
• sonde di derivazione ventricolare o spinale:	no	sì
• distrattori della colonna vertebrale:	no	sì
• protesi auricolari:	no	sì
• protesi oculari:	no	sì
• protesi dentarie fisse o mobili:	no	sì
• corpi intrauterini:	no	sì
• protesi ortopediche o corpi metallici (punti, chiodi, fili, etc.):	no	sì
• schegge o corpi metallici dovuti a traumi, colpi di arma da fuoco, esplosioni:	no	sì
• Tatuaggi o piercing:	no	sì

Ha subito interventi chirurgici?

se sì, in che sede? _____

E' in stato di gravidanza?

(data dell'ultima mestruazione _____)

Lavora o ha lavorato come fabbro, tornitore, saldatore, carrozziere, addetto alla lavorazione di vernici metallizzate?

no sì

Il "questionario anamnestico" ha lo scopo di accertare l'assenza di controindicazioni all'esame e deve essere attentamente compilato e firmato in calce dal Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame che, per le sue valutazioni, si avvale anche delle risposte fornite dal paziente o dal tutore legale (ad esempio in caso di minore).

Per effettuare l'esame RM occorre togliere: 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 - pinzette metalliche - punti metallici - limette - forbici - altri eventuali oggetti metallici. Prima di sottoporsi all'esame si prega di asportare cosmetici dal viso. N.B: queste raccomandazioni sono una ripetizione (vedi pag.1) ma ciò risulta necessario perché devono essere incluse nel Questionario Anamnestico (D.M. 2/08/91) che è uno standard di sicurezza e non può essere eluso.

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

Firma del Medico Responsabile _____

CONSENSO INFORMATO del paziente all'esecuzione dell'indagine 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 all'esecuzione dell'esame.

Firma del paziente (*) e Data _____

(*) In caso di paziente minore è necessaria la firma di un genitore o di chi ne fa le veci.