

STUDIO RADIOLOGICO PANDOLFO S.R.L.
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? | no | sì |
| se sì, in che sede? _____ | | |
| E' in stato di gravidanza? | no | sì |
| (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 dell'esecuzione dell'esame RM e Data _____

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 l'esecuzione dell'esame

Firma del paziente (*) e Data _____

_____ (*)

In caso di paziente minorenni è necessaria la firma di un genitore o di chi ne fa le veci.
