

 Casa di Cura Privata "Città di Rovigo"	Servizio di Diagnostica per Immagini QUESTIONARIO ANAMNESTICO e CONSENSO INFORMATO ESAME RM <i>(conforme alle L.G. INAIL 2015 e recepimento SIRM)</i>	Mod. 01 PS02/RX
		Rev.7
		Data 02/05/2019
		Pagina di 1/2

QUESTIONARIO ANAMNESTICO all'ESAME RM

Il questionario anamnestico ha lo scopo di accertare l'assenza di controindicazioni all'esame RM. Tale questionario deve essere attentamente compilato e firmato in calce dal solo MRP, il quale, in relazione alle risposte fornite dal paziente, può ritenere che sussista la controindicazione all'esame.

Ha eseguito in precedenza esami RM ?	SI	NO
Ha avuto reazioni allergiche dopo somministrazione del MdC?	SI	NO
Soffre di claustrofobia ?	SI	NO
Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere?	SI	NO
Ha mai subito incidenti stradali, incidenti di caccia?	SI	NO
È stato vittima di traumi da esplosioni ?	SI	NO
Ultime mestruazioni avvenute:		
Ha subito interventi chirurgici su:		
testa..... ☐ collo ☐		
addome ☐ estremità ☐		
torace ☐ altro:		
È a conoscenza di avere uno o più dispositivi medici o corpi metallici all'interno del corpo ?		
	SI	NO
È portatore di pace-maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci ?		
	SI	NO
È portatore di schegge o frammenti metallici?		
	SI	NO
È portatore di 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 di infusione per insulina o altri farmaci?		
	SI	NO
Corpi metallici nelle orecchie o impianti per udito?		
	SI	NO
Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali?		
	SI	NO
Atri 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 correttivi articolari, ecc.)		
	SI	NO
viti, chiodi, filo, ecc.?		
Altre protesi ?		
Localizzazione	SI	NO
Ritiene di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe non esserne a conoscenza ?		
	SI	NO
Informazioni supplementari		
	SI	NO
È affetto da anemia falciforme ?		
	SI	NO
È portatore di protesi del cristallino ?		
	SI	NO
È portatore di piercing ?		
Localizzazione	SI	NO
Presenta tatuaggi ?		
Localizzazione	SI	NO
Sta utilizzando cerotti medicali ?		
	SI	NO

Per effettuare l'esame RM occorre rimuovere:

eventuali lenti a contatto; apparecchi per l'udito; dentiera; corone temporanee mobili; cinghia 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; calze di nylon; indumenti in acrilico; pinzette metalliche; punti metallici; limette; forbici; altri eventuali oggetti metallici.

Prima di sottoporsi all'esame si prega di asportare cosmetici dal viso.

Il Medico Responsabile dell'esecuzione 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

Data

 Casa di Cura Privata "Città di Rovigo"	Servizio di Diagnostica per Immagini QUESTIONARIO ANAMNESTICO e CONSENSO INFORMATO ESAME RM <i>(conforme alle L.G. INAIL 2015 e recepimento SIRM)</i>	Mod. 01 PS02/RX
		Rev.7
		Data 02/05/2019
		Pagina di 2/2

CONSENSO INFORMATO all'ESECUZIONE DELL'INDAGINE RM

Io sottoscritto/a _____, nato/a a _____, il _____
 dichiaro/a di essere stato/a sufficientemente informato/a sui rischi e sulle controindicazioni legate all'esposizione ai campi elettromagnetici generati dall'apparecchiatura RM.

Confermo di aver compreso le spiegazioni fornite nella "nota informativa" allegata.

In particolare, per le pazienti di sesso femminile si dichiara di prendere atto che l'esecuzione dell'esame RM durante i primi tre mesi di gravidanza è sconsigliato, sebbene non esistano evidenze in grado di provare una sensibilità dell'embrione ai campi elettromagnetici, tranne che nei casi di effettiva e improrogabile necessità; si dichiara di prendere atto, inoltre, che l'esposizione a campi magnetici o a onde di radiofrequenza può provocare la perdita di efficacia anticoncezionale del dispositivo intrauterino (IUD)

PERTANTO

consapevole dell'importanza e veridicità delle risposte fornite

☐ **Acconsento**

☐ **NON acconsento**

all'esecuzione dell'esame

Firma del Paziente (*)

Data _____

(*) In caso di paziente minorenne è necessaria la firma di un genitore o di chi ne fa le veci;
 Analogamente dicasi se il paziente è sotto tutela giuridica

L'esercente la Potestà/Tutela giuridica.....

Data _____

CHE COS'E'

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

La diagnostica mediante RM utilizza campi statici di induzione magnetica e onde elettromagnetiche a radiofrequenza (RF), simili alle onde radiotelevisive.

La Risonanza Magnetica di base si configura come un esame diagnostico non invasivo e 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.

Tuttavia è prudente non effettuare l'esame RM in pazienti di sesso femminile durante il primo trimestre di gravidanza.

A COSA SERVE

Viene utilizzata per la diagnosi di condizioni patologiche a carico dell'encefalo e della colonna vertebrale, dell'addome, pelvi, dei grossi vasi e del sistema muscolo-scheletrico (articolazioni, osso, tessuti molli).

COME SI EFFETTUA

L'esame non è doloroso né fastidioso. Il paziente viene straiato su un lettino e in relazione al tipo di organo da studiare sono posizionate all'esterno del corpo le cosiddette "bobine" (fasce, casco, piastre, ecc) sagomate in modo da adattarsi alla regione anatomica da studiare, queste non provocano dolore o fastidio essendo appoggiate all'esterno del corpo, ad eccezione delle bobine endorettali.

Durante l'esame sono udibili dei rumori ritmici di intensità variabile provocati dal normale funzionamento dell'apparecchio.

Può essere necessaria la somministrazione di un mezzo di contrasto paramagnetico per via endovenosa.

COSA PUÒ SUCCEDERE - EVENTUALI COMPLICANZE

Raramente possono insorgere disturbi lievi come sensazione di claustrofobia, calore, prurito, affanno, palpitazioni o sensazione di malessere. In questi casi sarà possibile avvertire gli operatori utilizzando un apposito dispositivo di segnalazione che avrà a portata di mano durante tutto l'esame.

PREPARAZIONE NECESSARIA – RACCOMANDAZIONI

I pazienti , prima di essere sottoposti all'esame RM devono collaborare con il Medico (Responsabile della Prestazione Diagnostica) al fine di una corretta compilazione di un apposito "questionario anamnestico" (Mod.02-PS02/RX) utile ad escludere ogni possibile controindicazione all'esame stesso.

Si raccomanda quanto segue:

- depositare nello spogliatoio o negli appositi armadietti 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),
- togliere eventuali protesi dentarie e apparecchi per l'udito,
- togliere lenti a contatto o occhiali,
- spogliarsi ed indossare l'apposito camice monouso fornito dal personale di servizio,
- utilizzare la cuffia o gli appositi tappi auricolari forniti dal personale di servizio.

Si raccomanda di evitare di truccare, il viso e di utilizzare la lacca per capelli poiché possono creare artefatti che riducono la qualità delle immagini.

Durante tutto l'esame è necessario mantenere il massimo grado di immobilità, respirando regolarmente.

Non è necessario interrompere eventuali terapie farmacologiche in corso (ad es. per l'ipertensione o il diabete).