

QUESTIONARIO ANAMNESTICO

La presente scheda è parte integrante della documentazione clinica del Paziente e deve essere consegnata, **debitamente compilata, al Medico Responsabile dell'indagine RM (Risonanza Magnetica) e da Questi rivalidata.**

Nome e Cognome del Paziente _____

età _____ anni (compiuti) peso (Kg) _____

Nome e Cognome Medico Prescrivente (M.P) _____
 firma M.P.

Esame Proposto: _____

Quesito Diagnostico (campo obbligatorio)

CONTROINDICAZIONI ASSOLUTE all'esecuzione dell'ESAME RM

L'indagine non può essere eseguita in presenza di una di queste situazioni

Paziente Portatore di pace-maker cardiaco o ICD o loop recorder qualora "un-safe" o conditional se al di fuori delle specifiche del fabbricante	<input type="checkbox"/>
Paziente Portatore di schegge o frammenti metallici in sede oculare, viscerale o intracranica;	<input type="checkbox"/>
Paziente Portatore di impianti a rete metallica, espansori tissutali (mammella)	<input type="checkbox"/>
Paziente Portatore di protesi metalliche, impianti cocleari e protesi stapediale, placche o viti, fili, chiodi, distrattori della colonna, clips vascolari ferromagnetiche, valvole cardiache meccaniche, catetere di Swan-Ganz, elettrodi endocorporei, neurostimolatori, filtri vascolari, stent e spirali metalliche di cui non si conoscano le caratteristiche (Casa costruttrice, tipo e data di impianto) e/o la sicura compatibilità magnetica	<input type="checkbox"/>
Paziente Portatore di Tatuaggio eseguito da meno di 60 gg.	<input type="checkbox"/>

NB. nel caso di situazioni dubbie è obbligatorio avviare il paziente alla raccolta informativa presso la struttura che ha impiantato il "device" e, successivamente, alla valutazione di Medico Radiologo Responsabile dell'Esecuzione dell'Esame.

CONTROINDICAZIONI RELATIVE all'esecuzione dell'ESAME RM

L'effettiva controindicazione all'effettuazione dell'indagine RM, anche in caso di sussistenza di una sola delle condizioni sotto elencate è valutata dal Medico Responsabile dell'Esecuzione dell'Esame

Claustrofobico ?	SI	NO
In stato di Gravidanza? (Settimana _____) N.B: la Risonanza magnetica è controindicata nel I trimestre)	SI	NO
Ha febbre?	SI	NO
Portatore di protesi del cristallino applicata precedentemente all'anno 1985 ?	SI	NO
Portatore di schegge o frammenti metallici in sedi non vitali (ha lavorato come tornitore, saldatore, carrozziere? Ha mai subito incidenti stradali, di caccia o ferite di guerra?)	SI	NO
Ha subito interventi chirurgici su collo, addome, torace, arti? indicare quali: _____	SI	NO
Portatore di pompe di infusione di farmaci ?	SI	NO
Portatore di dispositivi intrauterini ? Se sì , utile valutazione ginecologica successiva all'esame	SI	NO
Portatore di protesi dentarie fisse o mobili ?	SI	NO
Portatore di shunt liquorale ventricolo-peritoneale ?	SI	NO
Portatore di tatuaggio ? Se costituito da materiale ferromagnetico può causare surriscaldamento e/o irritazione locale fino ad ustioni	SI	NO
Presenza di cosmetici con polveri ferromagnetiche (mascara, eyeliner, etc.) ?	SI	NO
Portatore di piercing ? (può mobilizzarsi o causare ustioni)	SI	NO

Il Medico Responsabile dell'indagine RM. Preso atto delle risposte fornite dal paziente ed espletata l'eventuale visita medica e/o ulteriori indagini diagnostiche preliminari AUTORIZZA all'esecuzione dell'indagine RM	
Data _____	_____ Firma del Medico Responsabile dell'esame

CONSENSO INFORMATO all'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.	
Data _____	_____ Firma del Paziente (o del Genitore o Tutore nei casi previsti)
Parte di competenza delle signore pazienti in stato di gravidanza, preventivamente informata dal Medico Responsabile della RM sulla tipologia e sui possibili rischi dell'esame <i>Da compilare in caso gravidanza accertata o presunta all'atto dell'esecuzione dell'esame</i>	
ACCONSENTO di sottopormi all'indagine	NON ACCONSENTO di sottopormi all'indagine

NOTA INFORMATIVA

<p>L'esame con Risonanza Magnetica viene effettuato senza l'impiego di raggi X, utilizzando solo un forte campo magnetico ed onde a radiofrequenza. La durata dell'indagine può essere molto diversa in rapporto al tipo di esame (20 minuti - 1 ora). Il personale della struttura erogatrice è sempre presente e a Sua disposizione per qualsiasi necessità.</p> <p><u>SI PREGA DI PORTARE, CON SE', TUTTI GLI ESAMI RADIOLOGICI E STRUMENTALI PRECEDENTI ED EVENTUALI COPIE DI CARTELLE CLINICHE INERENTI AL QUESITO DIAGNOSTICO</u></p> <p>Per effettuare l'esame TOGLIERE indumenti con parti metalliche, lenti a contatto, protesi auricolari e tutte le altre protesi mobili, mollette per capelli, cosmetici dal volto, lacca, piercing, occhiali, gioielli, orologi, ganci, monete e ogni altro tipo di oggetto metallico, carte di credito, schede magnetiche.</p>
