

DATI ANAGRAFICI a cura del paziente:

Cognome _____ Nome _____ Data di Nascita _____

DATI ANAMNESTICI GENERALI a cura del paziente:

Sesso M F Ha subito incidenti traumatici SI NO Ha subito interventi chirurgici SI NO
Se sì quali: _____

DATI ESAME a cura del medico richiedente:

Distretto da esaminare _____ **CON MEZZO DI CONTRASTO PARAMAGNETICO** SI NO

Specialista richiedente: _____

DATI CLINICI a cura del medico richiedente:

Quesito diagnostico: _____

Rilievi anamnestici: _____

Soffre di asma o allergie (farmaci, mezzi di contrasto,...) SI NO Se sì, quali: _____

PER IL PAZIENTE

PER IL MEDICO

CONTROINDICAZIONI ASSOLUTE

il paziente NON può fare l'esame se portatore di:

- SI NO Pace maker o defibrillatore interno
- SI NO Protesi cocleari (orecchio interno)
- SI NO Neurostimolatori o stimolanti di crescita ossea
- SI NO Protesi oculari magnetiche frammenti metallici intraoculari
- SI NO Stato di gravidanza (o presume di esserlo)
- SI NO Reperi metallici per radioterapia
- SI NO Stent Endovascolari (entro 6 settimane dall'intervento)

CONTROINDICAZIONI RELATIVE

Necessaria valutazione medica o avvertenze se paziente portatore di:

- SI NO Clips vascolari cerebrali (aneurisma)*
- SI NO Protesi o viti ortopediche
- SI NO Protesi al cristallino
- SI NO Protesi otologiche (orecchio medio)*
- SI NO Espansioni mammarie
- SI NO Protesi valvolari cardiache*
- SI NO Protesi peniene*
- SI NO Impianti oculari (punti retinici...)*
- SI NO Punti metallici da pregresso intervento
- SI NO Schegge metalliche, proiettili
- SI NO Cateteri di derivazione spinale o ventricolare*
- SI NO Obesità grave
- SI NO Cateteri di Swan-Ganz
- SI NO Filtri vascolari, stent
- SI NO Spirale intrauterina (IUD)**
- SI NO Diaframma contraccettivo*
- SI NO Tatuaggi estesi
- SI NO Claustrofobia, Malattie neurologiche o psichiatriche gravi***
- SI NO Pompe impiantabili per infusione di farmaci*

* in caso di risposta affermativa è necessario fornire documentazione di compatibilità magnetica da parte della struttura che ha effettuato l'intervento.

** In caso di risposta affermativa, dopo l'indagine, verificare il corretto posizionamento del dispositivo presso il ginecologo.

*** In caso di risposta affermativa richiedere esame in sedazione conscia.

**INFORMATIVA PER L'UTENTE
CHE EFFETTUA UNA
RISONANZA MAGNETICA (RM)**

L'indagine RM utilizza un campo magnetico intenso e onde elettromagnetiche a radiofrequenza; allo stato attuale delle conoscenze non comporta rischi. Peraltro l'elevata intensità del campo magnetico esercita una forte attrazione su materiali ferromagnetici di cui Lei può essere portatore (come per esempio schegge o punti di sutura metallici), con conseguente possibilità di creare effetti indesiderati. L'attenta compilazione del questionario, garantisce la prevenzione di tali possibili evenienze. L'indagine RM può richiedere un tempo variabile da 30 a 60 minuti, durante i quali Le chiediamo di mantenere l'assoluta immobilità. Movimenti anche piccoli possono infatti seriamente compromettere la qualità dell'esame. Anche l'eccessivo peso corporeo e la presenza di elementi metallici endocorporei non ferromagnetici a volte possono determinare limitazioni diagnostiche nell'indagine. Durante l'esame la macchina provocherà un rumore ritmico causato dal normale funzionamento.

L'esame non provoca dolore, tuttavia, soprattutto con apparecchiature ad elevata intensità di campo magnetico, si possono sperimentare i seguenti effetti: riscaldamento di alcune parti del corpo e contrazione involontaria o sensazione di pulsazione in alcuni muscoli. Il fenomeno è normale, tuttavia, se il paziente avverte un fastidio eccessivo deve subito informare l'operatore. Il tempo di esecuzione della prestazione è variabile in funzione della complessità del caso.

**N.B.: PRIMA DI EFFETTUARE
L'ESAME OCCORRE LASCIARE
NELLO SPOGLIATOIO:**

- ▶ Lenti a contatto (possono deformarsi), dentiere, corone temporanee mobili, apparecchi per l'udito.
- ▶ Tutti gli oggetti metallici: telefonino, orologio, occhiali, chiavi, monete, forcine, bottoni metallici, cinture...
- ▶ Tutti i tesserini magnetici: carte di credito, bancomat, schede telefoniche...
- ▶ I cosmetici del volto con polveri ferromagnetiche (possono disturbare l'esame).

N.B. : l'impegnativa e tutta la documentazione clinico-diagnostica (cartelle cliniche, radiogrammi, referti...) DEVE essere portata il giorno dell'esame per un corretto inquadramento diagnostico. Nella nostra struttura l'esame non viene eseguito a donne in stato di gravidanza certa o presunta.

L'esame RM è dunque, secondo le conoscenze attuali, innocuo per l'organismo umano. Tuttavia: in alcuni casi l'esame può provocare importanti effetti indesiderati e non può quindi essere eseguito (CONTROINDICAZIONI ASSOLUTE); in altri casi può essere eseguito tranquillamente ma solo dopo valutazione medica o con alcune avvertenze (CONTROINDICAZIONI RELATIVE). Pertanto, allo scopo di individuare eventuali situazioni a rischio e garantire la più totale sicurezza è necessario compilare il questionario seguente.

A CURA DEL PAZIENTE (Dichiarazione di consenso informato):

Dichiaro di avere risposto con precisione alle domande sopra elencate, di essere stato adeguatamente informato sulla indagine che devo effettuare ed esprimo a tal fine il mio consenso.

Data _____ Firma _____

L'ESERCENTE LA PATRIA POTESTÀ

Per consenso all'esecuzione di esami al minore

Data _____ Firma _____

IL MEDICO RICHIEDENTE

per presa visione del questionario anamnestico.

Timbro e firma

Data _____

PER IL PAZIENTE

PER IL MEDICO