

## EXAMEN DE RISONANCIA MAGNETICA DECLARACION DE CONSENSO INFORMADO

Se ruega de responder a todas las preguntas indicadas y de firmar el modulo como consenso libre y informativo al ejecuciòn del examen.

Gentil pasiente Sr. / Sra.

*etiqueta con los datos del paciente*

Le è estado aconsejado de someterse al examen de Resonancia Magnetica. En el cuestionario, le vienen puestas preguntas de su estado de salud, en modo de garantizar el cumplimiento del examen de RM en condizione de seguridad.

Este metodo de investigaciòn no utiliza (rayos x). Es pero importante que està emplea un intenso campo magnetico que ejercita (como un iman) fuerza atractiva sobre material fierro-magnetico que usted puede tener consigo o en su cuerpo, cuales, por ejemplo, protesi quirurgica, esquirra metalica, espiral intrauterino, marcapasos o semejante. Eco porque le viene pedido de informar detalladamente lo personal en merito a tal objeto

Durante el examen, sentira un rumor ritmico, debido al regular funcionamiento del equipamiento; por el resto, le verificamos no es ni dolorosa ni fastidiosa.

Es importante que en el curso del examen (que puede durar de 25 a 50 minutos segun el tipo de estudio). Usted se quede quieto lo màs posible, respire regularmente; podra como sea comunicar en cualquier momento con el operador.

### PARA EFECTUAR EL EXAMEN CON LA MAXIMA SEGURIDAD ES NECESARIO:

- quitarse todos los objetos de metal (broche para el cabello, gafas, joyas, lapiceras, reloj, tarjeta de credito o cualquier soporte magnetico, monedas, vestidos con cierres, botones o ganchos de metal, cinturon etc.
- quitarse las protesis movil (aparato para el oido, dentadura postiza, corona temporania movil cinturon sanitario, lente de contacto);
- tener la piel bien limpia y seca, sin residuos de cremas o maquillajes, sobre todo en los ojos.
- llevar ropa interior de "puro algodòn".
- llevar toda la documentaciòn precedente (clinica, laboratorio y radiografias) enherente al examen..

Atenciòn; el examen puede arruinar los tatuajes eventualmente presentes sobre la piel.

ATENCION LA DIRECCION NO RESPONDE DEL DANO REPORTADO A TODO EL MATERIAL DEL CUAL E ESTADO ACONSEJADO LA REMOCION.

El personal es de todas maneras disponible a integrar las noticias contenidas en la presente ficha; se invita màs bien a presentar eventuales dudas antes de hacer el examen.

Gracias por la cortes colaboraciòn.

Ficha y consenso para rmn

**En caso de menor** indicar nombre y apellido del padre/madre o de quien ejercita la patria potesta.

**En caso de incapacidad de entender o de querer** indicar nombre y apellido del representante legal.

**El suscripto**

-----  
(adjuntar el documento que certifica el rol de tutor/r epresentante legal)

## FICHA PRELIMINAR AL EJECUCION DE LA RISONANZIA MAGNETICA

Ficha preliminar al ejecución de la Risonanzia Magnetica

El examen de Risonanzia Magnetica es basado en el empleo de un campo magnetico y de radiofrecuencia; esto no es danoso para el organismo humano. Es, comosea, necesario el conocimiento preliminar de algunos factores que podrian revelarse danoso para la salud del paciente. Le rogamos por lo tanto de responder al siguiente cuestionario con la maxima cura y atención.

• Ha eseguito intervento quirurgico en:	<input type="checkbox"/> CABEZA	<input type="checkbox"/> HABDOME	<input type="checkbox"/> CUELLO
	<input type="checkbox"/> ESTREMIDAD	<input type="checkbox"/> TORAX	<input type="checkbox"/> ATROS
<b>Es portador de:</b>			
• marcapaso cardiaco o otro tipo de cateter cardiaco?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
• desfibrilador implantado?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
• derivaciòn espinal o ventricular	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
▪ neuroestimulador, electrodo implantado en el cerebro subdural u otro tipo de estimulador?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
▪ cateter espinal o ventricular ( en paciente afecto de hidrocefalo)?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
▪ de protesi metalica (por progressa fractura, intervento corectivo articular etc.) como hilos, clavos, tornillos...?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
▪ de clip (puntos metalicos) en aneurisma (vasos sanguineos) aorta, cerebro?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
• de valvula cardiaca? stent?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
• distractor (protesi) de la columna vertebral?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
▪ pompa de infuciòn para insulina u otro remedio?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
▪ cuerpo metalico en los oidos o implanto para el oido?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
▪ espiral intrauterino (por las mujeres)?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
▪ dentatura postisa fija o movil?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
▪ piercing?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
▪ protesi al cristalino?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
▪ lente a contacto?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
▪ tinta trasdermica?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
▪ esquirra o fracmento metalico ( en particular en los ojos) devido ha accidente de carretera, de caza o al seguitto de una explosiòn o devido a actividad de trabajo?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
• Es a conosimiento de ser afecto de anemia falciforme?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
• Si las mujeres: ès en estado de embarazo? fecha de la ultima menstruaciòn _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
• actualmente esta amamantando?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
• sufre de claustrofobia?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
• ha jamas sufrido o sufre de crisi epilectica?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
▪ a ya seguitto en la secciòn de cirugia vertebra-medular de Udine o piensa dirigirse?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

**Asegurando de haber respondido al cuestionario en manera precisa y verdadera, se toma visiòn de la nota informada ( ver atras), esprimo mi consenso informado y consciente al ejecución del examen.**

El medico responsable de la prestaciòn

**EN IMPRENTA** Nombre y Apellido paciente y/o eventual acompagnante

( ) Dr. Degano Gian Paolo

\_\_\_\_\_

( ) Dr. Fiore Daniele

**FIRMA** paciente y/o eventual acompagnante

( ) Dr. Rositani Pasquale

\_\_\_\_\_

**En caso de menor** indicar nombre y apellido del padre/madre o de quien ejercita la patria potesta.

( ) Dr. Dalla Pasqua Francesco

**En caso de incapacidad de entender o de querer** indicar nombre y apellido del representante legal.

-----

(adjuntar el documento que certifica el rol de tutor/r epresentante legal)