

ESAMI DI RISONANZA MAGNETICA

NOTE INFORMATIVA E QUESTIONARIO PER IL PAZIENTE E PER L'EVENTUALE ACCOMPAGNATORE

Si prega di rispondere a tutte le domande indicate e di firmare il modulo come consenso libero e informato all'esecuzione dell'esame.

Gentile paziente Sig./Sig.ra:

apporre l'etichetta con i dati del paziente

Le è stato consigliato di sottoporsi ad esame di Risonanza Magnetica. Nel questionario, Le vengono poste domande sul suo stato di salute, in modo da garantire l'espletamento dell'esame di RM in condizioni di sicurezza.

Questa metodica di indagine non utilizza radiazioni ionizzanti (raggi X). E' però importante sapere che essa impiega un intenso campo magnetico che esercita (come una calamita) forze attrattive sui materiali ferro-magnetici che Lei può avere con sé o nel Suo corpo, quali, ad esempio, protesi chirurgiche, schegge metalliche, spirali intrauterine, pace-maker o simili. Ecco perché Le viene chiesto di informare dettagliatamente il personale in merito a tali oggetti.

Durante l'esame, avvertirà un rumore ritmico, dovuto al regolare funzionamento dell'apparecchiatura; per il resto, l'accertamento non è né doloroso né fastidioso.

E' importante che nel corso dell'esame (che può durare dai 25 ai 50 minuti a seconda del tipo di indagine), Lei resti quanto più possibile fermo, respirando regolarmente; potrà comunque comunicare in qualunque momento con l'operatore.

PER EFFETTUARE L'ESAME NELLA MASSIMA SICUREZZA, OCCORRE:

- **togliere tutti gli oggetti metallici** (fermagli per capelli, occhiali, gioielli, penne, orologi, carte di credito o comunque supporti magnetici, monete, abiti con cerniere lampo e/o bottoni e/o ganci metallici, cinture, ecc.);
- **togliere le protesi mobili** (apparecchi per l'udito, dentiera, corone temporanee mobili, cintura sanitaria, lenti a contatto...);
- avere la pelle ben pulita ed asciutta, senza residui di creme o di trucco, soprattutto negli occhi;
- **indossare biancheria intima di "puro cotone"**;
- **portare tutta la documentazione precedente** (clinica, laboratoristica e radiologica) inerente all'esame.

Attenzione: l'esame può rovinare i tatuaggi eventualmente presenti sulla pelle.

ATTENZIONE: LA DIREZIONE NON RISPONDE DEI DANNI RIPORTATI A TUTTO IL MATERIALE DEL QUALE E' STATA CONSIGLIATA LA RIMOZIONE.

Il personale è comunque disponibile ad integrare le notizie contenute nella presente scheda; si invita anzi ad avanzare eventuali dubbi prima di sottoporsi all'indagine.

Grazie per la cortese collaborazione.

Nel caso di minore indicare il nome e cognome del genitore o di chi ne esercita la patria potestà

Nel caso di incapace di intendere e di volere indicare il nome e cognome del legale rappresentante

firma _____

(allegare i documenti che certificano il ruolo di tutore/legale rappresentante)

Questionario preliminare all'esecuzione della Risonanza Magnetica

L'esame di Risonanza Magnetica è basato sull'impiego di un campo magnetico e di radiofrequenze; esso non è dannoso per l'organismo umano. E', comunque, necessaria la conoscenza preliminare di alcuni fattori che potrebbero rivelarsi dannosi per la salute del paziente. La preghiamo pertanto di rispondere ai seguenti quesiti, con la massima cura ed attenzione:

Ha subito interventi chirurgici su:	<input type="checkbox"/> testa	<input type="checkbox"/> addome	<input type="checkbox"/> collo
	<input type="checkbox"/> estremità	<input type="checkbox"/> torace	<input type="checkbox"/> altro
E' portatore/portatrice di:			
• Pace-maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
• Defibrillatori impiantati?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
• Derivazione spinale o ventricolare?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
• Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello, subdurali o altri tipi di stimolatori?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
• Catetere spinale o ventricolare (in pazienti affetti da idrocefalo)?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
• E' a conoscenza di essere affetto da anemia falciforme?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
• Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, ecc.) come viti, chiodi, fili..	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
• Clips (punti metallici) su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
• Valvole cardiache? Stents?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
• Distrattori (protesi) della colonna vertebrale?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
• Pompa di infusione per insulina o altri farmaci?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
• Corpi metallici nelle orecchie o impianti per l'udito?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
• Spirali intrauterine?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
• Protesi dentarie fisse o mobili?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
• Piercing?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
• Protesi del cristallino?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
• Lenti a contatto?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
• Cerotti transdermici?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
• Schegge o frammenti metallici (in particolare negli occhi) dovuti a incidenti stradali, di caccia o in seguito ad esplosioni o dovuti all'attività lavorativa?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
• Attualmente sta allattando?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
• Soffre di claustrofobia	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
• Ha mai sofferto o soffre di crisi epilettiche	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
• E' in stato di gravidanza?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Data ultime mestruazioni _____
• E' già seguito dal reparto di Chirurgia Vertebro-Midollare di Udine o pensa di rivolgersi?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

Garantendo di aver risposto al questionario in maniera precisa e veritiera, e presa visione della nota informativa (vedi retro), esprimo il mio consenso informato e consapevole all'esecuzione dell'esame.

Il medico responsabile della prestazione
 () Dott. Degano Gian Paolo
 () Dott. Rositani Pasquale
 () Dott. Fiore Daniele
 () Dott. Dalla Pasqua Francesco

Nel caso di minore indicare il nome e cognome del genitore o di chi ne esercita la patria potestà
Nel caso di incapace di intendere e di volere indicare il nome e cognome del legale rappresentante (allegare i documenti che certificano il ruolo di tutore/legale rappresentante)

firma _____