

# 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: **Cognome e Nome Nato a in data**

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) bensì un campo magnetico e di radiofrequenze. Esso non è dannoso per l'organismo umano. 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. La Direzione non risponde degli eventuali danni riportati a tutto il materiale del quale è 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.

### LA PREGHIAMO 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
<b>E' portatore/portatrice di:</b>			
• 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 |

Ho risposto al questionario in maniera precisa e veritiera, ho letto e compreso quanto sopra ed ho ottenuto risposta ad ogni mia richiesta o chiarimento.

Sono a conoscenza della possibilità di revocare il seguente consenso in qualsiasi momento prima dell'atto sanitario.

**Io paziente, Cognome e Nome Nato a in data**

Oppure

Io sottoscritto, (Cognome e Nome) \_\_\_\_\_ Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

in qualità di:  Esercente la potestà genitoriale  Tutore  Amministratore di sostegno  Legale rappresentante

**Recepito le informazioni ricevute  ACCONSENTO  NON ACCONSENTO  
all'effettuazione dell'atto sanitario su indicato**

Tricesimo, **Data**

Il medico responsabile della prestazione: Firma .....

Firma .....

Dott. Degano Gian Paolo

Dott. Rositani Pasquale

Dott. Fiore Daniele

Dott. Dalla Pasqua Francesco

Dott.ssa Ulcigrai Veronica

#### REVOCA DEL CONSENSO

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**REVOCA Il consenso all'effettuazione dell'atto sanitario su indicato**

Data \_\_\_\_\_

Firma del paziente / genitore / tutore / amministratore di sostegno / legale rappresentante \_\_\_\_\_

Timbro e firma del radiologo responsabile \_\_\_\_\_