

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, esquirta 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
Es portador de:			
• 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 subduralu 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 progresa 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	
▪ esquirla 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 ejecuciòn 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)

EXAMEN DE RISONANCIA MAGNETICA CON MEDIO DE CONTRASTE DECLARACION DE CONSENSO INFORMADO

El suscrito

Nacido el

etiqueta con los datos del paciente

CON LA PRESENTE DECLARO QUE

Mi è estado aconsejado de someterme para mi salud al examen de Risonancia Magnetica con perfuccion de medio de contraste paramagnetico por via intravenosa.

Acepto de realizar la investigacion en base a lo que me ha sido expuesto relativamente a los riesgos, a los efectos y a las consecuencia, tambien negativas, que pueden derivarse como explica la nita informativa.

Persistiendo de dudas he podido poner las preguntas que crea oportunas y de esto è recibido respuestas claras y comprensibles.

Soy consciente que puedo decidir, en plena autonomia, de no someterme al indagacion en objeto y, de acuerdo con el medico de cabecera, a acceder a otro tipo de indagen, aceptando las consecuencias de tal decision.

Tricesimo: _____

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.

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

Firma del radiologo

EXAMEN DE RISONANCIA MAGNETICA CON MEDIO DE CONTRASTE

NOTE DE INFORMACION

El medico que la sigue ha retenido oportuno proponerle de someterse a una risonancia magnetica con medio de contraste.

Este examen utiliza campos magneticos y radiofrecuencias (no utiliza radiaciòn ionizante - rayos X). El medico que lo sigue ritiene oportuno que usted siga este examen para entender mejor su problema clinico y para tratarlo con la terapia màs indicada.

Durante el examen de RMN ès previsto la perfuciòn del medio de contraste paramagnetico a travès la vena de un brazo. El medio de contraste es un liquido que permite una mejor visualizaciòn de los organos sometidos a la indagen.

El medio de contraste actualmente utilizado son productos extremadamente seguros que ocasionalmente pero pueden provocar reacciòn indeseadas cuales:

- **(REACCION COMUN - 1 caso cada 100 pacientes - DE LEVE ENTIDAD)** oleada de calor, estornudos, nauseas, vòmito, urticaria circunscrita. Estos sintomas en general no necesitan de alguna terapia medica y se resuelven rapidamente.
- **(REACCION RARA - 1 caso cada 10.000 pacientes - SEVERO)** Urticaria difusa, dificultad respiratoria, irregularidad del latido cardiaco, convulsiones o perdida de conocimiento. Estas sintomas necesitan de una terapia medica.
- **(REACCION MUY RARAS - de 1 caso cada 100.000 a 1 caso cada 1.000.000 pacientes)** en casos extremadamente raros y solo en pacientes afectos de insuficiencia renal grave o sometidos a dialisis è estadasenalada la fibrosi sistèmica nefrogenica que interesa sobre todo miembros con posibilidad de incapacidad permanente.
- **(REACCION EXCEPCIONAL - 1 caso cada 5.000.000 pacientes - RIESGO LA MUERTE)** Muy raramente, como sucede para muchos medicamentos, los medios de contraste pueden causar el deceso.

N.B.: Es interesante saber, para haber una percepciòn màs concreta del valor del riesgo, que la posibilidad de muerte a sèquito de accidentes de carretera es de 1 caso cada 10.000.

EL PACIENTE TIENE EL DEBER DE SENALAR factores de riesgos por reacciòn anafilàctico como: precedente reacciòn al medio de contraste, asma bronquiale, alergias importantes y comprobadas. En este caso es necesario la rprofilaxisfarmacologica antes del examen.

El suscrito _____ declara de haber estado informado exhaustivamente en merito al examen deefectuar, los eventuales riesgos y las consecuencias de esto pueden derivar.

Confirmo de haber comprendido bien la explicaciòn que me han provisto (a traves de esta hoja) y por lo tanto conciento a someterme a esta procedimiento.

El medico responsable de la prestaciòn

- [] Dr. Degano Gian Paolo
- [] Dr. Fiore Daniele
- [] Dr. Rositani Pasquale
- [] Dr. Dalla Pasqua Francesco

EN IMPRENTA Nombre y Apellido paciente y/o eventual acompagnante

FIRMA paciente y/o eventual acompagnante

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.

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

PROFILAXIS DE EFECTUAR SOLO EN PRESENCIA DE FACTORES DE RIESGO

(precedente reacciòn al medio de contraste, asma bronquial, alergias importantes y comprobadas)

Terapia desensibilizante aconsejado del Orden de Medicos de Padova	Noche anterior	Manana del examen
Methylprednisolone (Medrol) 16 mg cps	2 cps (12 h antes)	2 cps (2 h antes)

N.B.:en caso de que la terapia no sea posible, se puede suministrar en sustituciòn 100mg de IDROCORTISONE (ej. FLOBOCORTID) E.V... 50 mg 12 hora antes del examen y 50 mg 1 hora antes del examen.

LA PROFILAXIS FARMACOLOGICA NO GARANTIZA EN MODO ABSOLUTO EL EVENTUAL APARICON DE REACCIONES ADVERSAS SEA LEVE QUE GRAVE

APUNTES PARA RMN CON MEDIO DE CONTRASTE

PREPARACION DEL PACIENTE

En ayuna de almenos 6 (sei) hora: se pueden asumir medicamentos en caso de terapia medica.

ANTES DEL EXAMEN EL PACIENTE DEVE EXHIBIR

- 1) Solicitud del medico de cabecera y/o especialista comprendente una concisa redaciòn clinica con la cuestiòn diagnostica (ver alegado)
- 2) Tarjeta sanitaria;
- 3) Eventual documentaciòn clinica, laboratoristica e radiografica precedente util al indagen;
- 4) Compilaciòn del consenso informado;
- 5) Compilaciòn del cuestionario;
- 6) Creatinina (examen de sangre reciente).

El paciente vendrà contactado de la estructura algunos dias antes del examen para la verificaciòn de la documentaciòn.

En caso de renuncia, para consentir el acceso a otros pacientes en espera, se ruega de avisar cuanto antes telenonando a los n°. 1432.854123 0432.851321