

Io Sottoscritto/a _____ Nato/a il _____

In qualità di PAZIENTE

oppure

Io Sottoscritto/a _____ Nato/a il _____

Tutore **Amm.re di Sostegno** **Esercente la responsabilità genitoriale** **Legale rappresentante**
 identificato da documento _____ n. _____ rilasciato da
 _____ in data _____; (allegare la documentazione che indica i poteri del Legale
 rappresentante / Amministratore di sostegno), stante impossibilità fisica, incapacità di agire o incapacità di intendere o di volere
 dell'interessato :
 Sig./Sig.ra _____

Dichiaro di essere stato/a informato/a in modo chiaro ed a me comprensibile dal
 Dott. _____ che per la patologia riscontrata mi
 /sospetto diagnostico _____ consiglia e:

RICHIESTE LA RISONANZA MAGNETICA

Ricoverato/a presso U.O. **Ambulatoriale**

RACCORDO ANAMNESTICO

QUESITO CLINICO

**QUESTIONARIO PRELIMINARE ALL'ESECUZIONE DI UN ESAME RM
E' portatore di:**

SI	NO	Pace-Maker cardiaco
SI	NO	Clips metalliche vascolari
SI	NO	Clips metalliche non vascolari
SI	NO	Impianti cocleari
SI	NO	Dispositivi elettromagnetici non rimovibili
SI	NO	Valvole metalliche cardiache
SI	NO	Schegge metalliche in qualche parte del corpo
SI	NO	Protesi metalliche ortopediche
SI	NO	Protesi del cristallino con punti intra oculari ferromagnetici
SI	NO	Pompe insuliniche
SI	NO	Protesi metalliche con attacco megnatico
SI	NO	IUD –spirale intrauterina
SI	NO	Lenti a contatto
SI	NO	Filtri, stent e spirali endovascolari ferromagnetici
SI	NO	Catetere di Swan- Ganz
SI	NO	E' in stato di gravidanza

IN CASO DI RISONANZA MAGNETICA CON MEZZO DI CONTRASTO (MDC)

Creatininemia (valore) _____ e GFR (valore) _____

Data esame _____ non inferiore a 60 gg.

FIRMA DEL PAZIENTE _____

Firma Tutore Amm.re sostegno Rappresentante legale _____

Firma Familiare _____ in qualità di _____
(informato solo per conoscenza)

FIRMA E TIMBRO MEDICO CURANTE /RICHIEDENTE _____

DA FIRMARE CONGIUNTAMENTE IN CASO DI PAZIENTE MINORENNE

Nome e cognome del padre.....Firma.....Data.....

Nome e cognome della madreFirma.....Data.....

NB: in caso sia presente solo un genitore occorre allegare il previsto modello di autocertificazione del genitore (allegato).

PRECAUZIONI E CRITERI DI ESCLUSIONE

La risonanza magnetica è, secondo le conoscenze scientifiche attuali, del tutto innocua per l'organismo umano; tuttavia alcune circostanze devono essere a conoscenza del Medico Radiologo al fine di evitare effetti indesiderati.

A) CRITERI ASSOLUTI DI ESCLUSIONE DALL'INDAGINE

NON possono essere sottoposti ad RM i pazienti portatori di:

- pace-maker cardiaco, ad eccezione, previo parere del Cardiologo, di quelli RM -compatibili;
- protesi dotate di circuiti elettronici, ad eccezione di quelli RM-compatibili, previo parere del Medico Specialista;
- clips vascolari o schegge in materiale ferro magnetico;
- dispositivi metallici posizionati in prossimità di strutture anatomiche vitali (es. intracranici), ad eccezione di quelli RM-compatibili, previo parere del Medico Specialista.

B) CRITERI DI PRUDENTE ESCLUSIONE DALL'INDAGINE

- In considerazione della dubbia efficacia di una valutazione diagnostica relativa al feto e alla possibile vulnerabilità da insulti termici, legati alla radiofrequenza, È PRUDENTE ESCLUDERE DALL'ESPOSIZIONE LE GESTANTI, in particolare durante il primo trimestre di gravidanza, tranne nei casi di effettiva ed improrogabile necessità, valutati dal Medico Specialista e vagliati dall'Esperto Medico Responsabile dell'attività dell'impianto o da un Medico dallo stesso delegato. In tutti i casi, la persona deve essere preventivamente informata sui possibili rischi derivanti dall'accertamento medesimo.
- Stante la possibile formazione di trombi ematici, durante l'esposizione al campo magnetico, È CONTROINDICATO SOTTOPORRE AD RM I SOGGETTI PORTATORI DI ANEMIA FALCIFORME.

C) CRITERI RELATIVI DI ESCLUSIONE DALL'INDAGINE

Motivi di esclusione da valutare di volta in volta e che il paziente DEVE SEGNALARE:

- clips metalliche vascolari (interventi di by-pass aorto-coronarici, di aneurismi addominali);
- valvole cardiache metalliche;
- schegge metalliche in qualsiasi parte del corpo;
- protesi metalliche ortopediche;
- protesi intraoculari del cristallino;
- protesi cocleari o apparecchi acustici fissi;
- protesi dentarie con attacco magnetico;
- pompe insuliniche;
- IUD (spirale);
- lenti a contatto

DESCRIZIONE DELLA PROCEDURA

La RISONANZA MAGNETICA è una metodica diagnostica che non utilizza radiazioni ionizzanti e sostanze radioattive, ma campi magnetici e onde elettromagnetiche a radiofrequenza. A causa della influenza ed interferenza che il campo magnetico esercita su alcuni elementi metallici, è necessario che il Paziente che si sottopone all'indagine, lasci nello spogliatoio QUALUNQUE OGGETTO METALLICO (orologio, chiavi, monete, occhiali, forcine per capelli, spille, gioielli, stampelle, ecc.)

TESSERINI MAGNETICI E CARTE DI CREDITO.

Deve inoltre togliere gli INDUMENTI CON SISTEMI DI CHIUSURA METALLICI (reggiseno, body, ecc.) o che siano fatti con tessuti che contengano fibre metalliche (pancera, indumenti elastici, ecc.) o che abbiano etichette che contengano fili metallici; inoltre deve rimuovere le PROTESI DENTARIE, eventuali PIERCING ed il TRUCCO.

Il Paziente, in decubito supino sul tavolo dell'apparecchio, viene posizionato all'interno di un tunnel aperto alle due estremità. Durante l'esame l'apparecchiatura produce di norma un rumore ritmico più o meno intenso; esistono comunque strumenti di comunicazione con il personale che esegue l'esame: microfono, telecamera ed un dispositivo acustico di allarme a portata del Paziente. All'interno del tunnel è indispensabile mantenere durante tutto l'esame l'immobilità assoluta: anche il minimo movimento di una parte del corpo può pregiudicare il risultato diagnostico. La respirazione tranquilla e regolare e la deglutizione occasionale di saliva non disturbano l'esame.

MEZZO DI CONTRASTO (mdc): per alcuni studi di Risonanza Magnetica è prevista l'assunzione per os e/o la somministrazione per via iniettiva di mdc. Non esistono controindicazioni all'uso di mdc, ad eccezione di possibili precedenti reazioni allergiche al Gadolinio. Nel caso si preveda l'uso di mdc è necessario presentarsi a digiuno.

EVENTI AVVERSI (rarissimi):

GRADO I: segni cutanei (prurito, eritema, orticaria, secchezza delle fauci);

GRADO II: sintomi cardiocircolatori misurabili ma non tali da richiedere l'intervento del Rianimatore (nausea, vomito, ipotensione, tachicardia, tosse, broncospasmo lieve);

GRADO III: sintomatologia a rischio vitale (collasso cardiovascolare, tachi-bradicardia);

GRADO IV: arresto respiratorio, arresto cardiocircolatorio;

GRADO V: morte.

TEMPI: la durata dell'esame varia da 20 a 40 minuti in relazione al quesito clinico ed al distretto corporeo da esaminare.

CONSENSO INFORMATO

Dichiaro altresì di aver ben compreso il significato di quanto mi è stato esposto dal medico curante e dal medico radiologo Dr. _____, di aver preso visione delle informazioni relative alla procedura radiologica, alle alternative e alle potenziali implicazioni cliniche in caso di rifiuto, nonché di aver ricevuto in proposito risposte chiare ed esaurienti ad ogni mia domanda. Mi è noto che l'esame, come in molti trattamenti sanitari, non è del tutto esente da rischi o eventi avversi, che nel mio caso specifico mi sono stati adeguatamente illustrati _____. Pertanto consapevolmente:

ACCONSENTO NON ACCONSENTO
Allo svolgimento dell'indagine

PER LA DONNA: Stato di gravidanza certo o presunto, all'atto dell'indagine Sì No

Data ____/____/____

FIRMA DEL PAZIENTE _____

Firma Tutore Amm.re sostegno Rappresentante legale _____

Firma Familiare _____ in qualità di _____
(informato per conoscenza)

FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO RADIOLOGO _____

Da firmare congiuntamente in caso di paziente minorenne

Nome e cognome del padre.....Firma.....Data.....
Nome e cognome della madreFirma.....Data.....

NB: in caso sia presente solo un genitore occorre allegare il previsto modello di autocertificazione del genitore (allegato).

Informazione data al paziente tramite interprete

Nome e Cognome dell'interprete (stampatello).....
Firma dell'interpretedocumento.....