

**QUESTIONARIO ANAMNESTICO ESAME RM**

COPIA ORIGINALE

PQ

Pag. 1 di 2

**QUESTIONARIO ANAMNESTICO ESAME RM**

Nome e cognome: \_\_\_\_\_ nato /a: \_\_\_\_\_ (prov di \_\_\_\_\_) Il: \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ (prov \_\_\_\_\_) in via/piazza \_\_\_\_\_

Quanto pesa? Kg: .....

Ha eseguito in precedenza esami RM? (Se sì, in che anno? ..... ) SI NO

Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere? SI NO

Ha mai subito incidenti stradali, incidenti di caccia? SI NO

È stato vittima di traumi da esplosioni? SI NO

È in stato di gravidanza certa o presunta? SI NO

Data ultima mestruazione:

Ha mai avuto reazioni allergiche dopo mezzo di contrasto? SI NO

Soffre di claustrofobia? SI NO

Ha subito interventi chirurgici su: (segnare SI o NO) Testa Addome ..... Collo .....

Estremità Torace ..... Occhi ..... data (anno).....

È a conoscenza di avere uno o più dispositivi medici o corpi metallici all'interno del corpo? SI NO

È portatore di:

PaceMaker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci?	SI	NO	Schegge o frammenti metallici?	SI	NO
Clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello?	SI	NO	Valvole cardiache?	SI	NO
Stents?	SI	NO	Defibrillatori impiantati?	SI	NO
Distrattori della colonna vertebrale?	SI	NO	Pompa infusione per insulina/altri farmaci?	SI	NO
Corpi metallici nelle orecchie o impianti per udito?	SI	NO	Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali?	SI	NO
Altri tipi di stimolatori?	SI	NO	Dispositivo intrauterino (IUD)?	SI	NO
Derivazione spinale o ventricolare?	SI	NO	Protesi dentarie fisse o mobili?	SI	NO

Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, etc), viti, chiodi, filo, etc? SI NO

Altre protesi (Localizzazione ..... ) SI NO

Ritieni di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe NON esserne a conoscenza? SI NO

È portatore di protesi del cristallino? (data intervento ..... ) SI NO

È portatore di piercing? (Localizzazione ..... ) SI NO

Presenta tatuaggi? (Localizzazione ..... ) SI NO

Porta le lenti a contatto? SI NO

Sta utilizzando cerotti medicali? SI NO

È affetto da anemia falciforme? SI NO

Il medico responsabile dell'esame RM preso atto delle risposte fornite dal paziente ed espletata l'eventuale visita medica e/ o ulteriori indagini diagnostiche preliminari:

 AUTORIZZA

 NON AUTORIZZA

**L'ESECUZIONE DELL'INDAGINE RM**

Firma del Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame RM

Data

Firma dell'Utente (ed eventuale interprete)

Data

## QUESTIONARIO ANAMNESTICO ESAME RM

COPIA ORIGINALE

PQ

Pag. 2 di 2

**SCHEDA INFORMATIVA PER IL CONSENSO ALL'ESAME DI RISONANZA MAGNETICA**

**CHE COS'E':** la Risonanza Magnetica (RM) è una tecnica diagnostica che non utilizza radiazioni ionizzanti o sostanze radioattive. La diagnostica mediante RM utilizza campi statici di induzione magnetica e onde elettromagnetiche a radiofrequenza (RF), simili alle onde radiotelevisive. La Risonanza Magnetica di base si configura come un esame diagnostico non invasivo e in base alle conoscenze attuali, non comporta effetti biologici rilevanti su pazienti privi di controindicazioni e viene svolto in accordo alle norme e agli standard di sicurezza. Tuttavia è prudente non effettuare l'esame RM in pazienti di sesso femminile durante il primo trimestre di gravidanza. **A COSA SERVE** Viene utilizzata per la diagnosi di condizioni patologiche a carico di encefalo, colonna vertebrale, addome, pelvi, grossi vasi e sistema muscolo-scheletrico. **COME SI EFFETTUA** L'esame non è doloroso né fastidioso. Il paziente viene sdraiato su un lettino e in relazione al tipo di organo da studiare sono posizionate all'esterno del corpo le cosiddette "bobine" (fasce, casco, piastre, ecc.) sagomate in modo da adattarsi alla regione anatomica da studiare. Durante l'esame sono udibili dei rumori ritmici di intensità variabile provocati dal normale funzionamento dell'apparecchio. Può essere necessaria la somministrazione di un mezzo di contrasto paramagnetico per via endovenosa. **COSA PUO' SUCCEDERE-EVENTUALI COMPLICANZE** Raramente possono insorgere disturbi lievi come sensazione di claustrofobia, calore, prurito, affanno, palpitazioni o sensazione di malessere. In questi casi sarà possibile avvertire gli operatori utilizzando un apposito dispositivo di segnalazione che avrà a portata di mano durante tutto l'esame. In rari casi può provocare piccole ustioni. **PREPARAZIONE NECESSARIA-RACCOMANDAZIONI** I pazienti, prima di essere sottoposti all'esame RM, devono collaborare con il Medico (Responsabile della Prestazione Diagnostica) nella corretta compilazione di un apposito "questionario anamnestico" (di seguito riportato) utile ad escludere ogni possibile controindicazione all'esame stesso. Si raccomanda quanto segue: - depositare nello spogliatoio o negli appositi armadietti ogni oggetto metallico, ferromagnetico o di supporto magnetico (telefoni cellulari, monete, orologi, chiavi, orecchini, spille, gioielli, fermagli per capelli, tessere magnetiche, carte di credito, etc.), - togliere eventuali protesi dentarie e apparecchi per l'udito, - togliere lenti a contatto o occhiali, - spogliarsi ed indossare l'apposito camice monouso fornito dal personale di servizio, - utilizzare la cuffia o gli appositi tappi auricolari forniti dal personale di servizio. Si raccomanda di evitare di truccare il viso e di utilizzare la lacca per capelli poiché possono creare artefatti che riducono la qualità delle immagini. Durante tutto l'esame è necessario mantenere il massimo grado di immobilità, respirando regolarmente. Non è necessario interrompere eventuali terapie farmacologiche in corso (ad es. per l'ipertensione o il diabete).

**PREPARAZIONE:**

Per effettuare l'esame RM occorre togliere: eventuali lenti a contatto, apparecchi per l'udito, dentiera, corone temporanee mobili, cinta erniaria, fermagli per capelli, mollette, occhiali, gioielli, orologi, carte di credito o altre schede magnetiche, coltelli tascabili, ferma soldi, monete, chiavi, ganci, automatici, bottoni metallici, spille, vestiti con lampo, pinzette metalliche, punti metallici, limette, forbici, altri eventuali oggetti metallici. Prima di sottoporsi all'esame si prega di asportare cosmetici dal viso.

**CONSENSO INFORMATO**

Il sottoscritto (nome cognome): \_\_\_\_\_ nato /a: \_\_\_\_\_ (prov di \_\_\_\_\_) Il: \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ (prov \_\_\_\_\_) in via/piazza \_\_\_\_\_,

**Oppure (per utenti minorenni)** Io sottoscritto, \_\_\_\_\_ Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ documento d'identità \_\_\_\_\_

In qualità di  Esercente la potestà genitoriale  Tutore  Amministratore di sostegno  Legale rappresentante

ritiene di essere stato sufficientemente informato sui rischi e sulle controindicazioni legate all'esposizione ai campi elettromagnetici generati dall'apparecchiatura RM. Pertanto, consapevole dell'importanza delle risposte fornite

 ACCONSENTE l'esecuzione dell'esame NON ACCONSENTE l'esecuzione dell'esame

Firma dell'Utente:

Data

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**REVOCA DEL CONSENSO**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

REVOCO il consenso all'effettuazione dell'atto sanitario su indicato

Data, \_\_\_\_\_

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

Firma del medico responsabile \_\_\_\_\_