

Informazioni per il paziente da sottoporre ad indagine diagnostica mediante apparecchiature a Risonanza Magnetica (RM)

Gentile Signore/a,

le seguenti informazioni vengono fornite allo scopo di garantire l'espletamento dell'indagine diagnostica mediante RM in condizioni di corretta regolarità e massima sicurezza.

L'indagine diagnostica mediante RM richiede tecnica diagnostica che utilizza un campo magnetico associato ad onde elettromagnetiche a radiofrequenza.

Campi magnetici, quali ad esempio le semplici calamite, esercitano notevoli forze su materiali che Lei può avere con sé o nel suo corpo quali ad esempio, oggetti metallici, protesi chirurgiche, schegge metalliche, circuiti elettronici azionanti pacemaker o similari.

L'esame è esente da rischi, non è doloroso né fastidioso e durante il suo svolgimento Lei sarà in continuo contatto per qualsiasi evenienza con il personale presente nella sala di diagnostica.

Lei è invitato a rimanere il più possibile immobile per tutta la durata dell'esame al fine di permettere di ottenere informazioni diagnostiche della migliore qualità.

Scheda informativa e questionario per il consenso all'indagine di Risonanza Magnetica

Cognome e Nome..... data di nascita motivo della richiesta dell'esame

E' portatore/portatrice di:

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| * pacemaker o altri tipi di cateteri cardiaci (1) | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| * protesi valvolari cardiache (1) | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| * sistemi ortopedici di fissazione interna (1) | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| * pompe di infusione per insulina o per altri farmaci | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| * elementi metallici
(schegge, graffe o clips chirurgiche, pallini da caccia, ecc.) | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| * protesi dentarie mobili | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| * protesi oculari | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| * protesi acustiche | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| * IUD (spirale) | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |

E' in stato di gravidanza presunta o accertata NO SI

* se sì, in quale settimana?.....

Ha subito interventi chirurgici NO SI

* se sì, in quali sedi? testa collo torace addome pelvi estremità

(1) In caso di risposte affermative per l'esecuzione dell'esame è necessario un certificato del chirurgo che ha eseguito l'operazione**Prima di sottoporsi all'esame, TOGLIERSI E LASCIARE NELLO SPOGLIATOIO:**

- * tutti gli oggetti metallici quali occhiali, fermagli per capelli, anelli, collane, orecchini, orologio, monete oltre alle tessere magnetiche quali bancomat, carte di credito, badge, ecc.
- * apparecchi per l'udito, dentiere mobili e lenti a contatto.

CONSENSO INFORMATO

Il/La sottoscritto/a informato/a della natura dell'esame e delle sue indicazioni, conferma che quanto sopra dichiarato corrisponde a verità ed autorizza all'espletamento dell'esame.

Data

Firma del paziente