



MODULO DI ANAMNESI E CONSENSO INFORMATO PER ESAME DI RISONANZA MAGNETICA CON E SENZA CONTRASTO

Questionario somministrato da
(Indicare Nome, Cognome e qualifica professionale del membro dell'EQUIPE RM)

Dati del paziente

Cognome Nome
Data e luogo di nascita Peso (Kg)
Residenza Recapito Tel.
Indagine richiesta
Reparto/Medico richiedente l'esame RM

Questionario Preliminare

Il questionario anamnestico ha lo scopo di accertare l'assenza di controindicazioni all'esame RM o la non pertinenza di specifici approfondimenti preventivi. Tale questionario deve essere attentamente compilato dall'equipe RM e firmato dal Medico Responsabile della Prestazione Diagnostica, il quale, in relazione alle risposte fornite dal paziente, può concludere che non sussistano controindicazioni all'esame RM. La controfirma del paziente a piè della medesima pagina, in calce alla formula del consenso, garantisce - fra le altre. Anche la sua piena consapevolezza delle gravi conseguenze che possono rivestire risposte falsi o mendaci ai quesiti sottopostigli.

Ha eseguito in precedenza esami RM?	☐ SI	☐ NO
Ha avuto reazioni allergiche dopo somministrazione del mezzo di contrasto?	☐ SI	☐ NO
Soffre di claustrofobia?	☐ 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
Ultime mestruazioni avvenute:		
Ha subito interventi chirurgici su:		
testa collo addome estremità torace		
È a conoscenza di avere uno o più dispositivi medici o corpi metallici all'interno del corpo?	☐ SI	☐ NO
È portatore di pace-maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci?	☐ SI	☐ NO
È portatore di schegge o frammenti metallici?	☐ SI	☐ NO
È portatore di 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 di infusione per insulina o altri farmaci?	☐ SI	☐ NO
Corpi metallici nelle orecchie o impianti per udito?	☐ SI	☐ NO
Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali?	☐ SI	☐ NO
Atri tipi di stimolatori?	☐ SI	☐ NO
Corpi intrauterini?	☐ SI	☐ NO
Derivazione spinale o ventricolare?	☐ SI	☐ NO
Protesi dentarie fisse o mobili?	☐ SI	☐ NO
Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, ecc.), viti, chiodi, filo, ecc.?	☐ SI	☐ NO
Altre protesi?	☐ SI	☐ NO
Localizzazione		
Ritiene di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe NON esserne a conoscenza?	☐ SI	☐ NO
Informazioni supplementari		
È affetto da anemia falciforme?	☐ SI	☐ NO
È portatore di protesi del cristallino?	☐ SI	☐ NO
È portatore di piercing?	☐ SI	☐ NO
Localizzazione		
Presenta tatuaggi?	☐ SI	☐ NO
Localizzazione.....		
Sta utilizzando cerotti medicali?	☐ SI	☐ NO



MODULO DI ANAMNESI E CONSENSO INFORMATO PER ESAME DI RISONANZA MAGNETICA CON E SENZA CONTRASTO

Per effettuare l'esame RM occorre rimuovere:

eventuali lenti a contatto - apparecchi per l'udito - dentiera - corone temporanee mobili - cinto erniario - 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 - calze di nylon - indumenti in acrilico - pinzette metalliche - punti metallici - limette - forbici - altri eventuali oggetti metallici.

Prima di sottoporsi all'esame si prega di asportare cosmetici dal viso.

Il Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame RM (*)

preso atto delle risposte fornite dal paziente ed espletata l'eventuale visita medica e/o ulteriori indagini diagnostiche preliminari

autorizza l'esecuzione dell'indagine RM

Firma del MedicoData.....

Consenso informato all'esame RM

Il paziente 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.

Firma del paziente (**)Data.....

Consenso informato alla somministrazione di mezzo di contrasto

Il paziente si ritiene sufficientemente informato sui rischi legati alla somministrazione del mezzo di contrasto. Pertanto, reso edotto dal Medico Responsabile della prestazione diagnostica della valutazione dei benefici diagnostici e dei rischi correlati,

ne acconsente la somministrazione.

Firma del paziente (**)Data.....

Ulteriori consensi informati

Consenso informato relativo a.....
(Inserire una nota esplicativa sui rischi legati alla specifica procedura)

Il paziente si ritiene sufficientemente informato sui rischi legati a.....
Pertanto, reso edotto dal Medico Responsabile della prestazione diagnostica della valutazione dei benefici diagnostici e dei rischi correlati, dà il proprio consenso.

Firma del paziente (**)Data.....

(*) Il questionario a firma del Medico Responsabile della prestazione diagnostica ed i consensi informati legati sia all'esecuzione dell'indagine RM che alla somministrazione del mezzo di contrasto a firma del paziente devono essere necessariamente apposti su un unico foglio, anche eventualmente in modalità fronte/retro. Si raccomanda poi, se del caso, di prevedere consecutivamente (sullo stesso foglio o su un modello a parte) eventuali ulteriori consensi a firma del paziente, realizzati nelle modalità analoghe a quelle qui riportate a mero titolo di esempio.

(**) In caso di paziente minorenne è necessaria la firma di un genitore o di chi ne fa le veci.