




Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ATS Insubria	ESAMI di RISONANZA MAGNETICA QUESTIONARIO ANAMNESTICO NOTA INFORMATIVA CONSENSO INFORMATO ALL'ESAME PREPARAZIONE PAZIENTE ALLERGICO	 Sirio CENTRO MEDICO POLISPECIALISTICO  Regione Lombardia
--	--	--

QUESTIONARIO ANAMNESTICO

Nome e Cognome del Paziente _____ età _____anni (compiuti) peso (Kg) _____ Nome e Cognome Medico Prescrivente (M.P) _____ <div style="text-align: right;">_____ firma M.P.</div> Esame Proposto: _____ Quesito Diagnostico (campo obbligatorio) <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
--

CONTROINDICAZIONI ASSOLUTE all'esecuzione dell'ESAME RM <i>L'indagine non può essere eseguita in presenza di una di queste situazioni</i>	
Paziente Portatore di pace-maker cardiaco o ICD o loop recorder qualora "un-safe" o conditional se al di fuori delle specifiche del fabbricante	<input type="checkbox"/>
Paziente Portatore di schegge o frammenti metallici in sede oculare, viscerale o intracranica;	<input type="checkbox"/>
Paziente Portatore di impianti a rete metallica, espansori tissutali (mammella)	<input type="checkbox"/>
Paziente Portatore di protesi metalliche, impianti cocleari e protesi stapediali, placche o viti, fili, chiodi, distrattori della colonna, clips vascolari ferromagnetiche, valvole cardiache meccaniche, catetere di Swan-Ganz, elettrodi endocorporei, neurostimolatori, filtri vascolari, stent e spirali metalliche di cui non si conoscano le caratteristiche (Casa costruttrice, tipo e data di impianto) e/o la sicura compatibilità magnetica	<input type="checkbox"/>
Paziente Portatore di Tatuaggio eseguito da meno di 60 gg.	<input type="checkbox"/>

***NB.** nel caso di situazioni dubbie è obbligatorio avviare il paziente alla raccolta informativa presso la struttura che ha impiantato il "device" e, successivamente, alla valutazione de Medico Radiologo Responsabile dell'Esecuzione dell'Esame.*

CONTROINDICAZIONI RELATIVE all'esecuzione dell'ESAME RM		
<i>L'effettiva controindicazione all'effettuazione dell'indagine RM, anche in caso di sussistenza di una sola delle condizioni sotto elencate è valutata dal Medico Responsabile dell'Esecuzione dell'Esame</i>		
Claustrofobico?	SI	NO
In stato di Gravidanza? (Settimana _____) N.B: la Risonanza magnetica è controindicata nel I trimestre)	SI	NO
Ha febbre?	SI	NO
Portatore di protesi del cristallino applicata precedentemente all'anno 1985 ?	SI	NO
Portatore di schegge o frammenti metallici in sedi non vitali (ha lavorato come tornitore, saldatore, carrozziere? Ha mai subito incidenti stradali, di caccia o ferite di guerra?)	SI	NO
Ha subito interventi chirurgici su collo, addome, torace, arti? Indicare quali: _____	SI	NO
Portatore di pompe di infusione di farmaci ?	SI	NO
Portatore di dispositivi intrauterini? Se sì, utile valutazione ginecologica successiva all'esame	SI	NO
Portatore di protesi dentarie fisse o mobili?	SI	NO
Portatore di shunt liquorale ventricolo-peritoneale?	SI	NO
Portatore di anemia falciforme ?	SI	NO
Portatore di tatuaggio? Se costituito da materiale ferromagnetico può causare surriscaldamento e/o irritazione locale fino ad ustioni	SI	NO
Presenza di cosmetici con polveri ferromagnetiche (mascara, eyeliner, etc.) ?	SI	NO
Portatore di piercing? (può mobilizzarsi o causare ustioni)	SI	NO

Prescrizione per esami RM, solo se effettuati con mezzo di contrasto paramagnetico (m.d.c)
Si rammenta, nel caso di esame RM con contrasto, che è opportuno un digiuno di 6 ore prima dell'esame.

La presenza di insufficienza renale grave o moderata può essere concausa di una grave patologia denominata **fibrosi nefrogenica sistemica, si richiede che tutti i pazienti effettuino, entro i 30 giorni che precedono l'esame di RM, il dosaggio ematico della creatininemia e portino il risultato il giorno dell'esame.**

i) **Paziente con nota allergia al mdc** **SI** **NO**

ii) **Paziente allergico** con precedenti episodi di distress respiratorio, manifestazioni orticarioidi generalizzate gravi, angioedema, broncocostrizione, shock anafilattico, perdita di coscienza) **SI** **NO**

Nel caso di risposta affermativa è consigliata la preparazione Preventiva riportata a pagina 4, del presente modulo.

Il Medico Responsabile dell'indagine RM.

Preso atto delle risposte fornite dal paziente ed espletata l'eventuale visita medica e/o ulteriori indagini diagnostiche preliminari **AUTORIZZA all'esecuzione dell'indagine RM**

Data _____

Firma del Medico Responsabile dell'esame

CONSENSO INFORMATO all'indagine 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.

Data _____

Firma del Paziente (o del Genitore o Tutore nei casi previsti)

Parte di competenza delle signore pazienti in stato di gravidanza, preventivamente informata dal Medico Responsabile della RM sulla tipologia e sui possibili rischi dell'esame
Da compilare in caso gravidanza accertata o presunta all'atto dell'esecuzione dell'esame

ACCONSENTO di sottopormi all'indagine

NON ACCONSENTO di sottopormi all'indagine