

RISONANZA MAGNETICA

QUESTIONARIO PRELIMINARE ALLA ESECUZIONE

di un esame con Risonanza Magnetica (D.M. 02.08.1991)

NOME

COGNOME

NATO IL

- Soffre di Claustrofobia? <SI> <NO>
 - Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere ? <SI> <NO>
 - E' stato vittima di traumi da esplosioni, incidenti di caccia ? <SI> <NO>
 - E' in stato di gravidanza ? <SI> <NO>
 - Ultime mestruazioni avvenute ? _____
 - Ha subito interventi chirurgici ? <SI> <NO>
- se <SI> specificare: testa _____ addome _____
 collo _____ estremità _____
 torace _____ altri _____

- Soffre di allergie? <SI> <NO>

E' portatore di:

- schegge o frammenti metallici ? <SI> <NO>
- clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello ? <SI> <NO>
- valvole cardiache ? <SI> <NO>
- distrattori della colonna verticale ? <SI> <NO>
- pompa di infusione per insulina o altri farmaci ? <SI> <NO>
- pace-maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci ? <SI> <NO>
- corpi metallici nelle orecchie o impianti per udito ? <SI> <NO>
- neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali ? <SI> <NO>
- corpi intrauterini ? <SI> <NO>
- derivazione spinale o ventricolare ? <SI> <NO>
- protesi metalliche (per pregresse fratture, etc.), viti, chiodi, filo, etc. ? <SI> <NO>
- Localizzazione _____
- protesi dentarie fisse o mobili ? <SI> <NO>
- Localizzazione _____
- protesi del cristallino ? <SI> <NO>
- è affetto da anemia falciforme ? <SI> <NO>

Per effettuare l'esame occorre:

Togliere eventuali lenti a contatto, apparecchi per l'udito, dentiera e protesi temporanee mobili, cinta sanitaria, cerotti medicali.

Togliere fermagli per capelli, mollette, occhiali, gioielli, orologi, carte di credito, schede magnetiche, chiavi, ed altri eventuali oggetti metallici.

Data _____

IL MEDICO RADIOLOGO _____

RISONANZA MAGNETICA

NOTA INFORMATIVA PER I PAZIENTI IN ATTESA DI ESAME

Gentile Sig.ra / re

le informazioni che Le vengono richieste, servono per garantire l'esecuzione dell'esame con Risonanza Magnetica Nucleare, in condizioni di assoluta regolarità e sicurezza.

Questa metodica di indagine avviene senza impiego di raggi X.

Essa implica l'uso di Campi Magnetici che esercitano, (come calamite), forze su materiali ferromagnetici che Lei può avere con sé o nel suo corpo, quali, ad esempio, protesi chirurgiche, schegge metalliche, pace-maker o simili.

Durante l'esame, Lei sarà sempre in contatto con il personale presente nella Sala mediante collegamento acustico e visivo.

L'esame non è doloroso né fastidioso.

Lei dovrà mantenere per il tempo di esecuzione dell'esame, la maggiore immobilità richiesta dall'operatore, così da consentire informazioni diagnostiche della migliore qualità.

La preghiamo quindi di restare tranquillo/a durante tutta la durata dell'esame.

Prima di effettuare l'esame dovrà comunicare al Medico del Centro o al Tecnico la eventuale presenza nel corpo di protesi, o se ha con sé, eventuali oggetti metallici o carte di credito, tessere magnetiche etc.

Nel caso di donne si fa presente che sebbene non esistano evidenze che dimostrano una sensibilità dell'embrione ai Campi Magnetici e Campi a Radiofrequenza utilizzati in diagnostica con RMN, è prudente informare il suo Medico ed avere la sua prescrizione. Inoltre, se si è portatori di corpi intrauterini si consiglia visita ginecologica post esame.

La Direzione Sanitaria

CONSENSO INFORMATO

A testimonianza della collaborazione relativa a quanto sopra evidenziato e per consenso informato alla esecuzione dell'indagine lo sottoscritto/a _____ consapevole delle infermità di cui sono affetto e/o del sospetto diagnostico, in grado di intendere e di volere, accetto l'atto medico per me programmato e dichiaro di essere stato informato sul tipo di procedura alla quale verrò sottoposto, sulla tecnica utilizzata, sulla rilevanza delle risposte fornite.

data _____

Firma del PAZIENTE (o del TUTORE in caso di minore o incapace)
