



DATI PAZIENTE (etichetta se disponibile)

nome: _____

Cognome: _____

Data di nascita: ____/____/____

QUESTIONARIO PRELIMINARE E CONSENSO ALL'ESECUZIONE DI ESAME R.M

Data ____/____/20____

Questionario somministrato da: _____

nome e cognome e qualifica professionale del membro dell'equipe Risonanza Magnetica per i pazienti esterni

nome e cognome e matricola del medico di reparto che richiede l'esame per i pazienti ricoverati

Dati del paziente:

Cognome _____ Nome _____

Data e luogo di nascita _____ Peso Kg _____

Residenza _____ Recapito telefonico _____

Indagine richiesta _____

SC/SS/SSD _____ medico richiedente l'esame di RM _____

Ha eseguito in precedenza esami RM?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Ha avuto precedenti reazioni allergiche dopo somministrazione del mezzo di contrasto?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Soffre di claustrofobia?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Ha mai lavorato-lavora come saldatore, tornitore, carrozziere?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Ha mai subito incidenti stradali, incidenti di caccia?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
E' stato vittima di traumi da esplosione?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
E' in stato di gravidanza? Data ultime mestruazioni _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Ha subito interventi chirurgici? Specificare l'anno e il tipo di intervento:

- testa addome collo
 estremità torace altro _____

E' a conoscenza di avere uno o più dispositivi medici o corpi metallici all'interno del corpo?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
E' portatore di Pace-Maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci? Modello _____ Portare cartellino identificativo o compatibilità RM	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
E' portatore di schegge, frammenti metallici?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
E' portatore di Clips su aneurismi, aorta, cervello? Anno dell'intervento _____ Valvole cardiache? Modello _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Stent	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Distrattori della colonna vertebrale?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Defibrillatori impiantati? Modello _____ Portare cartellino identificativo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Pompa di infusione per insulina o altri farmaci?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Corpi metallici nelle orecchie o impianti per udito o impianti cocleari? Modello _____ Portare cartellino identificativo o compatibilità RM	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali? Altri tipi di stimolatori? Modello _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Corpi intrauterini? Protesi peniene? Protesi mammarie? Altre protesi? Specificare	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Derivazione spinale o ventricolare? Portare documentazione	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Protesi dentarie fisse o mobili?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari ecc.) viti, chiodi, filo metallico ecc.? Localizzazione _____ Anno dell'intervento _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Ritiene di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe NON essere a conoscenza?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
E' allergico? A quali sostanze? _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
E' affetto da anemia falciforme?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
E' portatore di protesi del cristallino o di protesi oculari? Anno dell'intervento _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
E' portatore di piercing? Localizzazione _____ Tatuaggi? Localizzazione _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Sta utilizzando cerotti medicali?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Firma e matricola del medico che ha compilato il questionario (medico di reparto per pazienti ricoverati) _____





PER EFFETTUARE L'ESAME OCCORRE RIMUOVERE:

lenti a contatto, apparecchi per l'udito, dentiere, 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 cerniere lampo, calze di nylon, indumenti in acrilico, pinzette metalliche, punti metallici, limette, forbici e altri eventuali oggetti metallici. Asportare cosmetici dal volto.

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 e matricola medico _____ **data** _____

CONSENSO INFORMATO ALL'ESAME RM

Il paziente dichiara di avere ricevuto copia della scheda informativa relativa all'esame di risonanza magnetica (M.05.F.CON.S.ALL.01) e di ritenere 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

In caso di minore o incapace (in caso di minore indicare sempre i dati di entrambi i genitori):

Primo genitore: Cognome e Nome _____ nato/a il _____

Secondo genitore: Cognome e Nome _____ nato/a il _____

Rappresentante legale Tutore Amministratore di sostegno

Cognome e Nome _____ nato/a il _____

Data ___ / ___ / _____ **Firma del paziente/genitori/Tutore/amministratore di sostegno**

Firma dell'eventuale mediatore culturale _____

CONSENSO INFORMATO ALLA SOMMINISTRAZIONE DI MEZZO DI CONTRASTO

Il paziente dichiara di avere ricevuto copia della scheda informativa relativa all'esame di risonanza magnetica (M.05.F.CON.S.ALL.01) e di ritenere di essere stato 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 _____

Firma del primo genitore in caso di minore _____

Firma del secondo genitore in caso di minore _____

Firma del Rappresentante legale Tutore Amministratore di sostegno _____

Data ___ / ___ / _____

REVOCA DEL CONSENSO

Il/la/i sottoscritto/a/i
in data _____ **REVOCA/NO** il consenso precedentemente espresso.

Firma dell'interessato/a _____

Firma del primo genitore in caso di minore _____

Firma del secondo genitore in caso di minore _____

Firma del Rappresentante legale Tutore Amministratore di sostegno _____

