



Modulo Dipartimentale		MD 100700 01
DAI PATOLOGIA E DIAGNOSTICA		
Informativa e consenso informato all'esecuzione di esame RM		Rev 02 del 05/09/2024 Pagina 1 di 3
UOC Radiologia-BR – UOC Radiologia-BT – UOC Neuroradiologia		

Dati del Paziente	<i>Questionario somministrato da:</i> <i>(Indicare Nome, Cognome e qualifica professionale del membro dell'EQUIPE RM)</i>
Cognome: _____	Indagine richiesta: _____
Nome: _____	Reparto/Medico richiedente: _____
Data e luogo di Nascita: _____	Notizie cliniche: _____
Residenza: _____ Tel: _____	_____
Peso: kg _____	

QUESTIONARIO ANAMNESTICO ESAME RM

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, 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 |
| 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 |
| È in stato di gravidanza certa o presunta? | SI NO |
| Ha mai avuto reazioni allergiche dopo mezzo di contrasto? | SI NO |
| Ha subito interventi chirurgici su: | SI NO |
| Testa Addome Collo..... | |
| Estremità Torace..... Occhi..... | |
| Altro..... | |
| È a conoscenza di avere uno o più dispositivi medici o corpi metallici all'interno del corpo? | SI NO |

È portatore di:

- | | |
|---|-------|
| - <u>Pace-Maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci?</u> | SI NO |
| - <u>Valvole cardiache? (specificare tipologia, marca e modello.....)</u> | SI NO |
| - <u>Defibrillatori impiantati?</u> | SI NO |
| - Schegge o frammenti metallici? | SI NO |
| - Clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello? | SI NO |
| - Stent? | 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 |
| - Altri tipi di stimolatori? | SI NO |
| - Dispositivo intrauterino (IUD)? | SI NO |
| - Derivazione spinale o ventricolare? | SI NO |
| - Protesi dentarie fisse o mobili? | SI NO |
| - Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, etc), viti, chiodi, filo, etc ? | 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? (informazioni supplementari.....) | SI NO |
| - È affetto da anemia falciforme? | SI NO |



Modulo Dipartimentale	MD 100700 01
DAI PATOLOGIA E DIAGNOSTICA	
Informativa e consenso informato all'esecuzione di esame RM UOC Radiologia-BR – UOC Radiologia-BT – UOC Neuroradiologia	Rev 02 del 05/09/2024 Pagina 1 di 3

- | | | |
|--|----|----|
| - È portatore di protesi del cristallino? | SI | NO |
| - È portatore di piercing? Localizzazione: | SI | NO |
| - Presenta tatuaggi? Localizzazione: | SI | NO |
| - Sta utilizzando cerotti medicali? | SI | NO |

Per effettuare l'esame RM occorre rimuovere:

lenti a contatto, apparecchi per l'udito, dentiera, 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, bottoni metallici. Spille, vestiti con lampo, pinzette metalliche, punti metallici, limette, forbici, altri eventuali oggetti metallici.

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

IL MEDICO RESPONSABILE 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 Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame RM

Data

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

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.

Il presente modulo è conforme all'Appendice 1 del decreto "Determinazione degli standard di sicurezza e impiego per le apparecchiature a risonanza magnetica e individuazione di altre tipologie di apparecchiature a risonanza magnetica settoriali non soggette ad autorizzazione" del 14 Gennaio 2021 e pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n° 65 del 16 Marzo 2021.

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

CONFIDENZIALITÀ

Per ogni informazione sul trattamento dei Suoi dati personali posto in essere in sede di prenotazione, erogazione e refertazione delle prestazioni radiologiche descritte nel presente modulo può fare riferimento all'informativa sul trattamento dei dati dei pazienti pubblicata sul sito dell'Azienda www.aovr.veneto.it, nella sezione dedicata alla privacy.



Modulo Dipartimentale	MD 100700 01
DAI PATOLOGIA E DIAGNOSTICA	
Informativa e consenso informato all'esecuzione di esame RM UOC Radiologia-BR – UOC Radiologia-BT – UOC Neuroradiologia	Rev 02 del 05/09/2024 Pagina 3 di 3

MODULO INFORMATIVO ESAME RM

CHE COS'E'

La Risonanza Magnetica (RM) è una tecnica diagnostica che **non utilizza radiazioni ionizzanti** o sostanze radioattive. La diagnostica mediante RM utilizza campi statici di induzione magnetica e onde elettromagnetiche a radiofrequenza (RF), simili alle onde radiotelevisive.

La Risonanza Magnetica di base si configura come un esame diagnostico non invasivo e in base alle conoscenze attuali, non comporta effetti biologici rilevanti su pazienti privi di controindicazioni e viene svolto in accordo alle norme e agli standard di sicurezza.

Tuttavia è prudente non effettuare l'esame RM in pazienti di sesso femminile durante il primo trimestre di gravidanza.

A COSA SERVE

Viene utilizzata per la diagnosi di condizioni patologiche a carico dell'encefalo e della colonna vertebrale, dell'addome, pelvi, dei grossi vasi e del sistema muscolo-scheletrico (articolazioni, osso, tessuti molli).

COME SI EFFETTUA

L'esame non è doloroso né fastidioso. Il paziente viene sdraiato su un lettino e in relazione al tipo di organo da studiare sono posizionate all'esterno del corpo le cosiddette "bobine" (fasce, casco, piastre, ecc) sagomate in modo da adattarsi alla regione anatomica da studiare, queste non provocano dolore o fastidio essendo appoggiate all'esterno del corpo, ad eccezione delle bobine endorettali.

Durante l'esame sono udibili dei rumori ritmici di intensità variabile provocati dal normale funzionamento dell'apparecchio.

Può essere necessaria la somministrazione di un mezzo di contrasto paramagnetico per via endovenosa.

COSA PUO' SUCCEDERE- EVENTUALI COMPLICANZE

Raramente possono insorgere disturbi lievi come sensazione di claustrofobia, calore, prurito, affanno, palpitazioni o sensazione di malessere. In questi casi sarà possibile avvertire gli operatori utilizzando un apposito dispositivo di segnalazione acustico che avrà a portata di mano durante tutto l'esame.

PREPARAZIONE NECESSARIA –RACCOMANDAZIONI

I pazienti, prima di essere sottoposti all'esame RM, **devono collaborare con il Medico (Responsabile della Prestazione Diagnostica)** al fine di una corretta compilazione di un apposito "questionario anamnestico" (di seguito riportato) utile ad escludere ogni possibile controindicazione all'esame stesso.

Si raccomanda quanto segue:

- depositare nello spogliatoio o negli appositi armadietti ogni oggetto metallico, ferromagnetico o di supporto magnetico (telefoni cellulari, monete, orologi, chiavi, orecchini, spille, gioielli, fermagli per capelli, tessere magnetiche, carte di credito, etc),
- togliere eventuali protesi dentarie e apparecchi per l'udito,
- togliere lenti a contatto o occhiali,
- spogliarsi ed indossare l'apposito camice monouso fornito dal personale di servizio,
- utilizzare la cuffia o gli appositi tappi auricolari forniti dal personale di servizio.

Si raccomanda di evitare di truccare il viso e di utilizzare la lacca per capelli poiché possono creare artefatti che riducono la qualità delle immagini.

Durante tutto l'esame è necessario mantenere il massimo grado di immobilità, respirando regolarmente.

Non è necessario interrompere eventuali terapie farmacologiche in corso (ad es. per l'ipertensione o il diabete).