

Questionario somministrato da _____

(Indicare Nome, Cognome e qualifica professionale del membro dell'Equipe RM)

peso kg _____

Il "questionario anamnestico" ha lo scopo di accertare l'assenza di controindicazioni all'esame RM. Tale questionario deve essere attentamente compilato da ogni paziente prima di essere sottoposto all'esame RM e firmato dal Medico Responsabile della Prestazione. Risposte affermative a uno o più quesiti possono comportare controindicazione anche assoluta all'esecuzione dell'esame RM.

- Soffre di claustrofobia? SÌ NO
- Ha mai lavorato(o lavora)come saldatore, tornitore, carrozziere? SÌ NO
- Ha subito incidenti stradali,incidenti di caccia? SÌ NO
- E' stato/a vittima di traumi da esplosione? SÌ NO
- E' in stato di gravidanza? SÌ NO
- Ultime mestruazioni avvenute? Data _____

È a conoscenza di avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo?

È portatore di:

- Schegge o frammenti metallici? SÌ NO
- Clips su aneurismi (vasi sanguigni, aorta, cervello)? SÌ NO
- Valvole cardiache? SÌ NO
- Distrattori della colonna vertebrale? SÌ NO
- Pompa di infusione di insulina o altri farmaci? SÌ NO
- Pace-maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci? SÌ NO
- Corpi metallici nelle orecchie o impianti per l'udito? SÌ NO
- Defibrillatori impiantati? SÌ NO
- Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali? SÌ NO
- Corpi intrauterini? SÌ NO
- Deviazioni spinali o ventricolari? SÌ NO
- Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari)?
Viti,chiodi,filo ect.. SÌ NO
- Localizzazione _____
- Protesi del cristallino? SÌ NO
- Espansori mammari? SÌ NO

Ritiene di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui SÌ NO potrebbe NON esserne a conoscenza?

Ha subito interventi chirurgici su:

Testa _____ Addome _____ Estremità _____

Collo _____ Altri _____ Torace _____

Informazioni supplementari:

È portatore di piercing?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO	localizzazione _____
Presenta tatuaggi?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO	localizzazione _____

Per effettuare l'esame occorre togliere: eventuali lenti a contatto - apparecchi per l'udito - dentiera - corone temporanee mobili - cinta sanitaria - 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 - pinzette metalliche - punti metallici (ad esempio applicati agli indumenti in tintoria) - limette - forbici - ed altri eventuali oggetti metallici;

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

CONSENSO DEL MEDICO ALL'ESECUZIONE DELL'ESAME

Il Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame (MRP):

- preso atto delle risposte fornite dal paziente ed espletata l'eventuale visita medica,
- ritenuto che egli non necessita di ulteriori indagini diagnostiche finalizzate all'accertamento dei rischi circa le controindicazioni date,

AUTORIZZA L'ESECUZIONE DELL'INDAGINE RM

Data _____ Timbro e Firma del Medico Responsabile della Prestazione

CONSENSO INFORMATO ALL'ESAME RM

Il paziente, Sig./Sig.ra _____ nato/a _____ il _____

DICHIARA

Di essere stato sufficientemente informato sui rischi e sulle controindicazioni legate all'esposizione ai campi elettromagnetici generati dall'apparecchiatura RM. Dichiara inoltre di aver collaborato attivamente alla compilazione del questionario anamnestico e, consapevole dell'importanza delle risposte fornite, acconsente l'esecuzione dell'esame.

Data _____ Firma del paziente (firma leggibile) _____

CONSENSO INFORMATO ALLA SOMMINISTRAZIONE DI MEZZO DI CONTRASTO

Il paziente, Sig./Sig.ra _____ nato/a _____ il _____

DICHIARA

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.

Data _____ Firma del paziente (firma leggibile) _____

Timbro e Firma del Medico Responsabile della somministrazione

ULTERIORI CONSENSI INFORMATI

Consenso informato relativo a _____

Il paziente, Sig./Sig.ra _____ nato/a _____ il _____

DICHIARA

Di essere stato 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.

Data _____ Firma del paziente (firma leggibile) _____

(*) in caso di paziente minore è necessaria la firma del genitore o di chi ne fa le veci.

N.B .per i pazienti ricoverati:

“Questo foglio informativo è da intendersi parte integrante e sostanziale del consenso in cartella clinica che le sarà richiesto di sottoscrivere quale libera e consapevole espressione della sua volontà”.

NOTE :
