



Casa di Cura S. Maria Maddalena

Accreditata con l'Azienda ULSS 18 - Rovigo

MODULO DA COMPILARE A CURA DEL PAZIENTE CHE DOVRA' ESEGUIRE L'ESAME DI RISONANZA MAGNETICA

- | | | |
|--|-------------|----|
| ● 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 |
| ● E' stato vittima di traumi da esplosioni? | Si | No |
| ● E' in stato di gravidanza? | Si | No |
| ● Ultime mestruazioni avvenute (data) | | |
| ● E' affetto da "insufficienza" renale? | Si | No |
| ● Ha subito interventi chirurgici su: | | |
| ○ testa..... | collo..... | |
| ○ Torace..... | Addome..... | |
| ○ Estremità..... | altri..... | |
| ● 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 vertebrale? | 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 |
| ○ Stimolatori di crescita ossea? | Si | No |
| ○ Corpi intrauterini? | Si | No |
| ○ Protesi peniene? | Si | No |
| ○ Piercing ? | Si | No |
| ○ Tatuaggi? | Si | No |
| ○ Derivazione spinale o ventricolare? | Si | No |
| ○ Protesi metalliche (per pregresse fratture,interventi correttivi articolari,etc) viti, chiodi, filo, etc | Si | No |
| Localizzazione..... | | |
| ○ Protesi dentarie fisse o mobili? | Si | No |
| ○ Impianti oculari-cristallino? | Si | No |
| ○ Catetere di SWAN GANZ? | Si | No |
| ○ Protesi mammarie? | Si | No |
| ○ Serbatoi o cateteri sottocutanei per terapie farmacologiche? | Si | No |
| ○ Pallottole o proiettili? | Si | No |
| ○ Cerotti cutanei medicalizzati ? | Si | No |
| ● E' stato sottoposto a procedure interventistiche angiografiche: spirali, stent o filtri endovascolari? | Si | No |
| ○ Se Si indicarne la localizzazione | | |
| ● E' affetto da anemia falciforme? | Si | No |

Nel caso di una o più risposte affermative l'utente deve contattare il Medico Radiologo responsabile dell'esecuzione dell'esame per verificare se e come sottoporsi all'esame o a procedimento diagnostico alternativo.

Il paziente risulta idoneo all'esecuzione dell'esame

Il medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame

Data _____

Firma _____

INFORMAZIONI PER L'ESECUZIONE DELL'ESAME

Casa di Cura S.M. Maddalena

Via Gorizia, 2 - Santa Maria Maddalena - 45030 Occhiobello (RO)

Tel. 0425 768 411 - Fax 0425 768 460-5

email: smm@casadicura.it - web: www.casadicura.it



Casa di Cura S. Maria Maddalena
Accreditata con l'Azienda ULSS 18 - Rovigo

L'esame di risonanza magnetica (RM) viene effettuato senza l'impiego di raggi X, né di altre radiazioni ionizzanti o di sostanze radioattive. Utilizza campi magnetici di elevata intensità e onde di radiofrequenza simili a quelle delle trasmissioni televisive.

L'assistito viene disteso su un lettino e attorno alla parte del corpo da esaminare viene posta una bobina, in pratica un'antenna che trasmette e riceve le radiofrequenze; viene poi introdotto all'interno del campo magnetico. Ha quindi inizio l'esame, che dura da 30 a 45 minuti. Durante l'esame si sente un rumore ritmico che dipende dal normale funzionamento dell'apparecchio. L'assistito deve restare immobile e tranquillo: anche il minimo movimento può pregiudicare il risultato finale. L'esame non provoca alcun dolore, ma soltanto una sensazione di calore. Il personale presente durante l'esecuzione dell'indagine sorveglierà attraverso un vetro e potrà parlare ed ascoltare mediante un sistema interfonico. L'assistito non deve parlare durante l'esame, se non in caso di necessità o a meno che non gli venga espressamente richiesto, per non compromettere il risultato finale.

L'indagine può richiedere la somministrazione in vena di un **mezzo di contrasto** che evidenzia meglio alcune parti del corpo. Questa sostanza, di norma, non provoca inconvenienti, ma può provocare, seppur raramente, alcune reazioni di tipo allergico. L'esame con il mezzo di contrasto può essere, inoltre, controindicato in caso di insufficienza renale. Se avesse già sofferto di **reazioni allergiche** in particolare a mezzi di contrasto e/o fosse in una condizione di **insufficienza renale** La preghiamo di segnalarLo al Medico Radiologo.

Nei soggetti poco collaboranti vi può essere la necessità di sedazione più o meno profonda.

Prima dell'esame occorre:

Togliere eventuali lenti a contatto, apparecchi per l'udito, protesi dentarie mobili, busti, parrucche; togliere fermagli per capelli, mollette, occhiali, gioielli, carte di credito e ogni tipo di scheda magnetica, monete, chiavi, oggetti metallici; togliere ogni indumento dotato di ganci, automatici, bottoni metallici, cerniere lampo, ferretti, punti metallici (come quelli applicati in tintoria); asportare accuratamente ogni cosmetico dal volto; togliere eventuali piercing e asportare, se possibile, eventuali tatuaggi contenenti pigmenti metallici (possono provocare irritazione della pelle).

Dichiaro di avere preso visione delle informazioni e di acconsentire all'esecuzione dell'esame
(CONSENSO INFORMATO)

Data _____

Nome e Cognome del Paziente _____

Firma del Paziente _____

Da compilare solo in caso di necessità di "Rappresentante Legale"

Il sottoscritto: _____

nato/a a _____ il _____

residente in _____ via _____

In qualità di rappresentante legale di _____

nato/a _____ il _____

Firma del "Rappresentante Legale" _____

Firma del Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame _____

_____ Data _____



Casa di Cura S. Maria Maddalena

Accreditata con l'Azienda ULSS 18 - Rovigo

Consenso Informato per la Somministrazione di Mezzo di Contrasto Paramagnetico

(E' indispensabile leggere attentamente e firmare questo modulo per il consenso all'esame)

Gentile paziente, l'indagine diagnostica richiesta prevede la somministrazione di mezzi di contrasto per via endovenosa.

Queste sostanze rendono possibile una migliore definizione delle strutture anatomiche e della patologia. Le reazioni avverse legate al loro utilizzo si presentano in meno dell'1% dei casi e sono spesso localizzate nel punto di iniezione (senso di calore). Rare sono le reazioni medio-gravi e quasi sempre di natura **allergica**. La presenza di una **insufficienza renale** costituisce una possibile controindicazione all'utilizzo del mezzo di contrasto, la preghiamo, quindi, di segnalare al medico radiologo le patologie di cui è portatore ed in particolare quelle allergiche e renali.

Se le informazioni riportate ed in particolare in questo foglio, necessariamente limitate e succinte, le risultassero poco comprensibili o se avesse dubbi in proposito, si rivolga con fiducia al personale del servizio, deputato all'esecuzione dell'indagine richiesta, il quale Le fornirà ogni possibile ulteriore chiarimento.

CONSENSO

Io sottoscritto _____

Nato a _____ il _____

dichiaro di aver letto attentamente questo modulo, di aver ricevuto dal medico esaminatore le informazioni ed i chiarimenti richiesti e di consentire all'esecuzione dell'esame di RM, anche con eventuale somministrazione di mezzi di contrasto.

Li _____ Data _____

ASSENSO (per esami a minori)

Io sottoscritto _____

genitore/tutore/familiare di _____

nato a _____ il _____

dichiaro di aver letto attentamente questo modulo, di aver ricevuto dal medico esaminatore le informazioni ed i chiarimenti e di consentire all'esecuzione dell'esame RM del minore sopra indicato, anche con eventuale somministrazione di mezzi di contrasto.

Li _____ Data _____

Firma _____

CONVALIDA DEL MEDICO RESPONSABILE DELL'ESECUZIONE DELL'ESAME

Li _____ Data _____

Firma _____

R-DIM07

Casa di Cura S.M. Maddalena

Via Gorizia, 2 - Santa Maria Maddalena - 45030 Occhiobello (RO)

Tel. 0425 768 411 - Fax 0425 768 460-5

email: smm@casadicura.it - web: www.casadicura.it