

Allegato D. QUESTIONARIO ANAMNESTICO E CONSENSO INFORMATO PER ESAMI RM


Questionario somministrato da
 (nome, cognome e qualifica professionale del membro dell'EQUIPE RM)

Dati del Paziente

Cognome Nome
 Data e luogo di nascita Peso (Kg): Altezza (m):
 Residenza Recapito Tel.
 Indagine richiesta
 Reparto/Medico richiedente

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 a piè della medesima pagina, 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
- Ha avuto reazioni allergiche dopo somministrazione di mezzo di contrasto RM ? Si No
- Soffre di claustrofobia? Si No
- Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere ? Si No
- Ha mai subito incidenti stradali, o incidenti di caccia? Si No
- È stato vittima di traumi da esplosione? Si No
- È in stato di gravidanza? Si No
 Ultime mestruazioni avvenute:
- Ha subito interventi chirurgici su:
 - testa collo torace
 - addome estremità altro:
- È a conoscenza di avere uno o più dispositivi medici o corpi metallici all'interno del corpo ?...
- È portatore di:
 - Pace-Maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci ? Si No
 - Schegge o frammenti metallici ? Si No
 - Clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello ? Si No
 - Valvole cardiache ? Si No
 - Stents ? Si No
 - Defibrillatori impiantati ? 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
 - Corpi intrauterini ? 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 ? Si No
- Informazioni supplementari
- È affetto da anemia falciforme ? Si No

	REGOLAMENTO AZIENDALE IL REGOLAMENTO DELLA SICUREZZA PER L'ATTIVITA' RM DEL PRESIDIO OSPEDALIERO DI ROVIGO – RM 3T	Rev. 01 data 03/07/2024
	Uoc RADIOLOGIA - UOC NEURORADIOLOGIA / Uosd FISICA SANITARIA	

- È portatore di protesi del cristallino ? Si No
- È portatore di piercing ? Si No
Localizzazione
- Presenta tatuaggi ? Si No
Localizzazione
- Sta utilizzando cerotti medicali ? Si No

Per effettuare l'esame RM occorre togliere:

eventuali 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 - automatici - bottoni metallici - spille - vestiti con lampo - calze di nylon – indumenti in acrilico - pinzette metalliche - punti metallici - limette - forbici - altri eventuali oggetti metallici.

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

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 del Medico Responsabile 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

Consenso informato alla somministrazione de mezzo di contrasto

Il paziente si ritiene 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 (*)

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:

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