

Questionario somministrato da.....

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

Dati del paziente

Cognome Nome

Data e luogo di nascita Peso (Kg)

Residenza Recapito Tel.

Indagine richiesta

Reparto/Medico richiedente l'esame RM

Questionario Preliminare:

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.

- | | | |
|--|----|----|
| <input type="checkbox"/> Ha eseguito in precedenza esami RM? | SI | NO |
| <input type="checkbox"/> Ha avuto reazioni allergiche dopo somministrazione del mezzo di contrasto? | SI | NO |
| <input type="checkbox"/> Soffre di claustrofobia? | SI | NO |
| <input type="checkbox"/> Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere? | SI | NO |
| <input type="checkbox"/> Ha mai subito incidenti stradali, incidenti di caccia? | SI | NO |
| <input type="checkbox"/> È stato vittima di traumi da esplosioni ? | SI | NO |
| <input type="checkbox"/> Ultime mestruazioni avvenute: | | |
| <input type="checkbox"/> Ha subito interventi chirurgici su:
testa <input type="checkbox"/> collo <input type="checkbox"/> addome <input type="checkbox"/> estremità <input type="checkbox"/> torace <input type="checkbox"/> altro:_____ | | |
| <input type="checkbox"/> È a conoscenza di avere uno o più dispositivi medici o corpi metallici all'interno del corpo ? | SI | NO |
| <input type="checkbox"/> È portatore di pace-maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci ? | SI | NO |
| <input type="checkbox"/> È portatore di schegge o frammenti metallici ? | SI | NO |
| <input type="checkbox"/> È portatore di Clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello ? | SI | NO |
| <input type="checkbox"/> Valvole cardiache ? | SI | NO |

<input type="checkbox"/> Stents ?	SI	NO
<input type="checkbox"/> Defibrillatori impiantati ?	SI	NO
<input type="checkbox"/> Distrattori della colonna vertebrale?	SI	NO
<input type="checkbox"/> Pompa di infusione per insulina o altri farmaci?	SI	NO
<input type="checkbox"/> Corpi metallici nelle orecchie o impianti per udito?	SI	NO
<input type="checkbox"/> Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali?	SI	NO
<input type="checkbox"/> Atri tipi di stimolatori?	SI	NO
<input type="checkbox"/> Corpi intrauterini?	SI	NO
<input type="checkbox"/> Derivazione spinale o ventricolare?	SI	NO
<input type="checkbox"/> Protesi dentarie fisse o mobili?	SI	NO
<input type="checkbox"/> Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, ecc.), viti, chiodi, filo, ecc.?	SI	NO
<input type="checkbox"/> Altre protesi ? Localizzazione	SI	NO
<input type="checkbox"/> Ritieni di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe NON esserne a conoscenza?	SI	NO
<input type="checkbox"/> Informazioni supplementari		
<input type="checkbox"/> È affetto da anemia falciforme?	SI	NO
<input type="checkbox"/> È portatore di protesi del cristallino?	SI	NO
<input type="checkbox"/> È portatore di piercing? Localizzazione	SI	NO
<input type="checkbox"/> Presenta tatuaggi? Localizzazione.....	SI	NO
<input type="checkbox"/> Sta utilizzando cerotti medicali ?	SI	NO

Per effettuare l'esame RM occorre rimuovere:

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

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 di 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 _____

(*) 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.

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