

QUESTIONARIO PRELIMINARE ALL'ESECUZIONE DI UN ESAME R.M.N.

- Soffre di claustrofobia? si no
- Lavora, o ha mai lavorato, come saldatore, tornitore, carrozziere?..... si no
- Ha mai subito incidenti stradali, incidenti di caccia?..... si no
- E' stato vittima di traumi da esplosione?..... si no
- E' in stato di gravidanza? si no
- Ultime mestruazioni avvenute: data..... si no
- Ha subito interventi chirurgici (se noto indicare il tipo di intervento)?..... si no

Testa _____ addome _____

Collo _____ estremità _____

Torace _____ altri _____

SA DI ESSERE PORTATORE DI

- Pace-maker cardiaco, valvole cardiache o altri tipi di cateteri cardiaci? si no
- Protesi del cristallino? si no
- Schegge o frammenti metallici?..... si no
- Clips su aneurismi, aorta, cervello?..... si no
- Distrattori della colonna vertebrale? si no
- Pompa di infusione per insulina o altri farmaci?..... si no
- Impianti per udito?..... si no
- Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali?..... si no
- Corpi intrauterini (spirale contraccettiva)?..... si no
- Derivazione spinale o ventricolare?..... si no
- Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari etc;): viti, chiodi, filo?..... si no
- Lenti a contatto rigide?..... si no
- Protesi dentarie fisse o mobili?..... si no
- Anemia falciforme?..... si no

PER EFFETTUARE L'ESAME OCCORRE:

- Togliere eventuali lenti a contatto rigide: apparecchi per l'udito, protesi dentarie mobili, cinta sanitaria;
- Togliere 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 es. applicati agli indumenti in tintoria), limette, forbici ed altri eventuali oggetti metallici;
- Asportare cosmetici dal volto.

Le informazioni richieste servono per eseguire l'esame di Risonanza Magnetica in condizioni di regolarità e sicurezza. L'esame non provoca dolore, né fastidio. Lei dovrà solo mantenere il miglior grado di immobilità sul lettino per il tempo necessario a svolgere correttamente l'esame. Durante l'esame sentirà un rumore ritmico che dipende dal normale funzionamento dell'apparecchiatura. Le condizioni di illuminazione e di ventilazione sono regolate per assicurare il massimo conforto.

La invitiamo quindi a restare tranquillo/a durante tutta la durata dell'esame che può ampiamente variare secondo il tipo di indagine necessaria.

Dichiarazione di consenso

Io sottoscritto/a (Cognome e Nome) nato/a a il/...../....., perfettamente in grado di intendere e volere, dichiaro di essere stato/a esaurientemente informato sul tipo di procedura alla quale verrò sottoposto e accetto l'atto medico per me programmato.

Mi sono stati spiegati in modo chiaro e per me comprensibili i rischi generici inerenti tale pratica e quelli specifici del caso, a fronte dei benefici che potrò ricevere.

Data _____ Firma del paziente o dell'accompagnatore _____
(per consenso informato)

Io sottoscritto Dott. confermo ed attesto, in modo contestuale alla sottoscrizione del Sig. che lo stesso, a mio avviso, ha interamente compreso quanto esposto nel colloquio informativo avvenuto in data odierna.

Data _____ Firma medico respons. dell'esecuzione dell'esame _____