

CASA DI CURA "DI LORENZO"	FOGLIO INFORMATIVO, ESPRESSIONE ED ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO PER IL / LA PAZIENTE IN PREPARAZIONE ALL'ESAME DI RISONANZA MAGNETICA	M-CIP10 Rev. 1 del 29/1/2015
--------------------------------------	---	---

DA COMPILARE A CURA DEL MEDICO CURANTE (con il paziente)

PAZIENTE Cognome _____ Nome _____

Nato/a il Sesso Maschile Femminile **Peso** _____ **Altezza** _____

ESAME RICHIESTO _____

EVENTUALI MALATTIE NOTE (barrare se presente)

Asma o allergopatia trattata farmacologicamente **SI** **NO**

Nefropatia o Insufficienza Renale **SI** **NO**

Claustrofobia **SI** **NO**

Precedenti reazioni allergiche a mezzi di contrasto: **SI** **NO**

PAZIENTE PORTATORE DI:

CONTROINDICAZIONI ASSOLUTE

- Clips vascolari ferromagnetiche intracraniche* _____
- Pacemaker cardiaco* _____
- Dispositivi elettromeccanici rimovibili* _____
- Impianti cocleari e protesi stapediali* _____
- Protesi del cristallino con anse e punti intraoculari ferromagnetici* _____
- Filtri, stent e spirali endovascolari ferromagnetici (solo entro le 8 settimane) _____
- Catetere di Swan-Ganz _____
- Corpi estranei ferromagnetici contigui a vasi, occhi, ecc. _____
- Anemia falciforme _____

CONTROINDICAZIONI RELATIVE (valutazione a cura del medico radiologo)

- Corpi estranei elettromagnetici in sedi non vitali* _____
- Clips o altri dispositivi meccanici non elettromagnetici _____
- Shunt ventricolo-peritoneali _____
- Protesi ortopediche metalliche (artefatti)* _____
- Protesi ortopediche d'anca bilaterale* _____
- Espansori mammari _____
- IUD e diaframmi uterini _____
- Tatuaggi estesi _____
- Stato di gravidanza, allattamento _____
- Interventi chirurgici (se SI, specificare) _____

- In caso di risposta affermativa è necessario fornire documentazione di compatibilità magnetica da parte della Struttura che ha effettuato l'intervento

Data _____

Firma** _____

** Timbro e Firma per esteso del Medico curante

INFORMATIVA PER IL PAZIENTE

Nel caso in cui l'indagine richiesta preveda l'utilizzo di mezzo di contrasto è necessario essere a digiuno da almeno 6 ore, ad esclusione dei farmaci abitualmente assunti che possono essere ingeriti con qualche sorso d'acqua.

MODALITÀ: La Risonanza Magnetica è una metodica diagnostica che non utilizza radiazioni ionizzanti e sostanze radioattive ma campi magnetici ed onde



elettromagnetiche a radiofrequenza. A causa dell'influenza ed interferenza che il campo magnetico esercita su alcuni elementi metallici, è necessario che il paziente che si sottopone all'indagine lasci nell'apposito armadio qualunque **oggetto metallico** (orologio, chiavi, monete, occhiali, forcine per capelli, spille, gioielli, stampelle, ecc), **tesserini magnetici e carte di credito**; tolga gli **abiti** che abbiano sistemi di chiusura metallici (reggiseno, body) o che siano fatti con tessuti che possano contenere fibre metalliche (pancera, indumenti elastici) o che abbiano **etichette** che contengano fili metallici; rimuova le **protesi dentarie, lenti a contatto, trucco** ed eventuali **piercing**.

La biancheria intima deve essere rigorosamente di cotone e di colore bianco verrà comunque fornito un camice in cotone per sostituire gli indumenti personali.

Il paziente viene posizionato all'interno di un tunnel aperto alle due estremità. Durante l'esame l'apparecchiatura produce di norma un **rumore ritmico** più o meno intenso; in caso di necessità si possono utilizzare degli strumenti di comunicazione con il personale che esegue l'esame: microfono e un dispositivo acustico di allarme sono sempre a disposizione del paziente. In qualsiasi momento l'esame può essere sospeso senza conseguenze dannose.

TEMPI:



La durata dell'indagine varia, in genere, da 20 a 60 minuti circa in rapporto al distretto da esaminare e al paziente viene chiesto di mantenere l'assoluta immobilità.

DOPO L'ESAME:

non sono previste controindicazioni alla ripresa delle ordinarie attività.



EVENTI AVVERSI:



alcune indagini RM richiedono l'uso di mezzo di contrasto paramagnetico, che verrà iniettato per via endovenosa. La informiamo, al riguardo che tali farmaci, sono di tranquillo impiego, pur esistendo rischi generici di ipersensibilità, come per ogni altro farmaco.

ESPRESSIONE E ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO

DA COMPILARE PRESSO LA STRUTTURA IN CUI SI ESEGUE L'ESAME, CON IL MEDICO
SPECIALISTA CHE INFORMA IL PAZIENTE

Il / La sottoscritto / a _____

nato/ a il _____ a _____

d i c h i a r a

1. di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente sulla procedura radiologica proposta _____ indicazione all'esame _____ attraverso:

l'informativa cartacea fornita nella pagina precedente e tramite il colloquio con il Dott./Dott.ssa: _____

2. di essere a conoscenza della possibilità di **REVOCARE** il presente consenso in qualsiasi momento prima dell'indagine diagnostica

3. di barrare la scelta ACCETTO NON ACCETTO liberamente, spontaneamente, in piena coscienza riguardo al mio consenso all'indagine diagnostica propostami

4. di non esprimere o

5. esprimere queste osservazioni

6. di non richiedere o di richiedere ulteriori spiegazioni / informazioni sull'atto sanitario propostomi

7. di indicare nella/e persona/e qui sottoscritta/e il/i riferimento/i al/ai quale/i comunicare eventuali informazioni emerse dall'indagine diagnostica

FIRMA e TIMBRO del medico specialista che esegue l'esame

FIRMA del/della paziente _____

LUOGO, DATA e ora _____

Io sottoscritto/a _____ dichiaro
di voler **REVOCARE** il consenso.

Data, ora _____ Firma _____