CENTRO MEDICO SPECIALISTICO Via Fava 2/B – 37139 Verona	Modulo di consenso informato all'atto sanitario	Rif. PRQ_GRC-002
	INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO RISONANZA MAGNETICA	**INFO_RDL-002** Rev. 0 del 27.11.23

DATI DEL PAZIENTE, ANAMNESI E QUESITO CLINICO

Cognome e Nome

Data di nascita **Peso: Kg.** **Altezza: cm.**

Raccordo anamnestico:

Esame richiesto:

NOTA INFORMATIVA RELATIVA ALL'ESAME RM

La Risonanza Magnetica (RM) è una tecnica diagnostica che **non utilizza radiazioni ionizzanti** o sostanze radioattive. La diagnostica mediante RM sfrutta l'impiego di intensi campi statici di induzione magnetica e onde elettromagnetiche a RF. In alcuni tipi di indagine possono anche essere somministrate al Paziente, per via endovenosa, alcune sostanze con proprietà paramagnetiche come mezzo di contrasto. Ad eccezione di tali casi, la RM si configura come un esame diagnostico non invasivo. Nel caso di esami su donne in stato di gravidanza accertata o presunta, molta attenzione è rivolta alla giustificazione, in particolare in regime di urgenza, e all'ottimizzazione dell'esame RM, nei confronti sia della Paziente che del nascituro. Nel corso dell'esame RM è molto rara l'insorgenza di reazioni avverse. L'evenienza più probabile è rappresentata da una crisi di claustrofobia a carattere passeggero. L'impiego del mezzo di contrasto a base di sostanze paramagnetiche è generalmente ben tollerato e non provoca alcuna sensazione particolare. Raramente possono comunque verificarsi episodi di ipersensibilità come orticaria o altri fenomeni allergici. In casi rarissimi sono stati riportati episodi di shock anafilattico. Il sito RM garantisce sempre la presenza di personale medico specializzato pronto ad intervenire in caso di emergenze mediche di tale genere. 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.

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.

INFORMAZIONI ANAMNESTICHE	*Barrare la voce interessata*	INFORMAZIONI ANAMNESTICHE	*Barrare la voce interessata*
Ha eseguito in precedenza esami RM?		Soffre di claustrofobia?	
Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere?		Ha subito interventi chirurgici su: ☐ Testa ☐ Collo ☐ Addome ☐ Estremità ☐ Torace ☐ Altro? ……	
È stato vittima di traumi da esplosioni?		Ha mai subito incidenti stradali, incidenti di caccia?	
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?	
E portatore di schegge o frammenti metallici?		È portatore di clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello?	
È portatore di valvole cardiache?		È portatore di stents?	
È portatore di defibrillatori impiantati?		È portatore di distrattori della colonna vertebrale?	
È portatore di pompa di infusione per insulina o altri farmaci?		È portatore di corpi metallici nelle orecchie o impianti per udito?	
È portatore di neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali?		È portatore di altri tipi di stimolatori?	
È portatrice di dispositivi intrauterini?		È portatore di derivazione spinale o ventricolare?	
È portatore di protesi dentarie fisse o mobili?		È portatore di protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, ecc.), viti, chiodi, filo, ecc.?	
Altre protesi? ☐ SI ☐ NO se sì, dove? ……		Ritiene di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe NON esserne a conoscenza?	
È affetto da anemia falciforme?		È portatore di protesi del cristallino?	
È portatore di piercing?		Presenta tatuaggi? ☐ SI ☐ NO	
Sta utilizzando cerotti medicali?			

Informazioni supplementari ……

Gravidanza ☐ SI ☐ NO Allattamento ☐ SI ☐ NO Data ultime mestruazioni ……

AUTORIZZAZIONE ALL'ESECUZIONE

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'ESAME DI RISONANZA MAGNETICA

…… ……

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 all'esecuzione dell'esame.

…… ……

Firma del Paziente (o del Tutore Legale/ in caso di minori) **Data**