

QUESTIONARIO ANAMNESTICO PER L'ESECUZIONE DELLA RISONANZA MAGNETICA

PAZIENTE :

DATA DI NASCITA:

ID :

PESO KG _____

Roma,

DISTRETTO DA ESAMINARE:

- | | | |
|--|----|---------------------|
| - E' portatore di Pace-maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci | SI | NO (controindicato) |
| - Microinfusori di insulina o di altri farmaci | SI | NO (controindicato) |
| - Presunta o accertata ridotta funzionalità renale ? | SI | NO |
| - Allergie farmacologiche (metalli , altro) ? | SI | NO |
| - E' in stato di gravidanza? | SI | NO |
| - Soffre di claustrofobia? | SI | NO |
| - Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere | SI | NO |
| - Ha mai subito incidenti stradali, incidenti di caccia o vittima di esplosioni? | SI | NO |

Ha subito interventi chirurgici su:

- E portatore di:

- | | | |
|---|----|----|
| - Schegge o frammenti metallici? | SI | NO |
| - Clips su aneurismi (vasi sanguigni) aorta - cervello? | SI | NO |
| - Valvole cardiache? | SI | NO |
| - Distrattori della colonna vertebrale? | SI | NO |
| - Corpi metallici nelle orecchie o impianti per udito? | SI | NO |
| - Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali? | SI | NO |
| - Corpi intrauterini (IUD) | SI | NO |
| - Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari etc.)
viti, chiodi, filo etc? | SI | NO |
| - Protesi del cristallino? | SI | NO |
| - Allergie? SI NO Quali _____ | | |

Per effettuare l'esame occorre:

togliere eventuali lenti a contatto; apparecchi per l'udito; dentiera; corone temporanee mobili; cinta sanitaria; fermagli per capelli, occhiali, gioielli, orologi, carte di credito o altre schede magnetiche, coltelli tascabili, fermasoldi, monete, chiavi, ganci, automatici, bottoni metallici (ad es. applicati agli indumenti in tintoria), forbici ed altri eventuali oggetti metallici; asportare cosmetici dalla regione da esaminare.

Il Paziente dichiara di essere stato sufficientemente informato sui rischi e le controindicazioni legate all'esposizione ai campi elettromagnetici generati dall'apparecchiatura RM. Pertanto, consapevole delle risposte fornite

ACCONSENTE NON ACCONSENTE Firma de Paziente _____

LASCIA IN VISIONE: RX [] RM [] TC [] Ecografia [] Cartella Clinica [] Altro _____

CONSENSO INFORMATO DI RISONANZA MAGNETICA CON MEZZO DI CONTRASTO

IN CASO DI SOMMINISTRAZIONE DI MEZZO DI CONTRASTO: dichiaro di essere stato/a informato/a in modo completo ed esauriente sulla necessità e sugli eventuali rischi nell'utilizzo del m.d.c. che possono essere semplici vampate di calore, sudorazione ed irritazione locale. In casi rari e non prevedibili si possono verificare fenomeni di intolleranza quali vomito, cefalea, ponfo cutaneo, pulsazioni cardiache, agitazione, difficoltà respiratoria. Poiché è possibile inoltre che si verificano reazioni tardive alla somministrazione del m.d.c., nel caso dovesse avvertire anche a distanza di tempo (12-24 ore) sintomi come senso di costrizione alla gola, prurito, difficoltà respiratoria, orticaria, eritema diffuso, La invitiamo a contattare rapidamente il suo Medico Curante oppure il 118, specificando la sintomatologia ed il fatto che ha eseguito un esame contrastografico nelle ore precedenti. Dichiaro di essere nelle mie piene facoltà mentali ed autorizzo alla procedura per me precedentemente programmata anche come da richiesta specialistica.

ACCONSENTO NON ACCONSENTO Firma del Paziente _____

PRESA VISIONE ESAMI DEL SANGUE Firma del Medico/Anestesista _____

MEZZO DI CONTRASTO - LOTTO N. _____

Firma del Medico Specialista _____

NOTE: _____