

## CONSENSO E QUESTIONARIO PER L'ESPLETAMENTO DI RISONANZA MAGNETICA

### DATI DEL PAZIENTE

Nome e Cognome _____	<b>ETICHETTA PAZIENTE</b>
Data di nascita: ___/___/___    Peso Kg.....	
Per quale motivo si sottopone all'esame? _____ _____	

### QUESTIONARIO PRELIMINARE ALL'ESECUZIONE DI ESAME RMN

Soffre di claustrofobia (Insofferenza/paura nei luoghi chiusi)?	SI	NO
Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere?	SI	NO
Ha mai subito incidenti stradali, incidenti di caccia?	SI	NO
È stato/a vittima di traumi da esplosioni?	SI	NO
Si è sottoposto/a a questo tipo di esame?	SI	NO
Ha avuto traumi recenti?	SI	NO
Ha subito interventi chirurgici	SI	NO
È in gravidanza?	SI	NO

**È IMPORTANTE CHE LEI SIA INFORMATO/A CHE L'EVENTUALE PRESENZA DI FRAMMENTI METALLICI NON REMOVIBILI POTREBBE INTERFERIRE NELLA CORRETTA ESECUZIONE DELL'INDAGINE E/O RISULTARE RISCHIOSA. A TALE SCOPO, LA INVITIAMO A COMPILARE IL QUESTIONARIO CON ATTENZIONE E PRECISIONE:**

<b>CONTROINDICAZIONI ASSOLUTE</b>	Clips su aneurismi (vasi sanguigni) aorta, cervello?	SI	NO
	Valvole cardiache?	SI	NO
	Distrattori della colonna vertebrale?	SI	NO
	Pompa di infusione per insulina o altri farmaci?	SI	NO
	Pace-maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci?	SI	NO
	Corpi metallici nelle orecchie o impianti per l'udito?	SI	NO
	Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali?	SI	NO
	Derivazione spinale o ventricolare?	SI	NO
Corpi intrauterini?	SI	NO	
Schegge o frammenti metallici?	SI	NO	
Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, ecc) viti, chid, filo, ecc? Localizzazione: _____	SI	NO	
Protesi dentarie fisse?	SI	NO	
Protesi dentarie mobili?	SI	NO	
Protesi del cristallino?	SI	NO	
E' portatore di pearcing? Localizzazione: _____	SI	NO	
Ha il corpo tatuato?	SI	NO	
Ritieni di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe NON ESSERE A CONOSCENZA?	SI	NO	

.....  
 FIRMA DEL MEDICO RADIOLOGO RESPONSABILE DELLA PRESTAZIONE DIAGNOSTICA

STRUTTURA DI RIFERIMENTO REGIONALE PER LA CHIRURGIA ROBOTICA ORTOPEDICA

**DESCRIZIONE DELL'ESAME DI RISONANZA MAGNETICA**

La **RISONANZA MAGNETICA** è una metodica diagnostica che non utilizza radiazioni ionizzanti e sostanze radioattive, ma **campi magnetici e onde elettromagnetiche a radiofrequenza**.

A causa della influenza ed interferenza che il campo magnetico esercita su alcuni elementi metallici, è necessario che il paziente che si sottopone all'indagine:

1. **Lasci nello spogliatoio qualunque oggetto metallico** (orologio, chiavi, monete, occhiali, forcine per capelli, spille, gioielli, stampelle, ecc.), **tesserini magnetici, carte di credito e telefoni cellulari**.
2. **Tolga gli indumenti 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.
3. **Rimuova le protesi dentarie, le lenti a contatto, eventuali piercing, anelli od altri oggetti ornamentali**.

Il paziente, viene posizionato all'interno di un tunnel aperto alle due estremità in posizione adeguata allo specifico esame da espletare.

Durante l'esame, il dispositivo produce di norma un rumore ritmico più o meno intenso; esistono comunque strumenti con i quali il paziente è in comunicazione con il personale che esegue l'esame: microfono, telecamera e dispositivo acustico di allarme.

**MEZZO DI CONTRASTO:** per alcuni studi di Risonanza è prevista l'assunzione per via orale e/o la somministrazione per via iniettiva endovenosa di un mezzo di contrasto.

Tenuto conto che alcune segnalazioni in letteratura correlano lo sviluppo di FNS (fibrosi sistemica nefrogenica) all'uso di alcuni reagenti a base di Gadolinio, è necessario escludere l'esistenza di gravi nefropatie; a tale scopo è indispensabile la preliminare valutazione della funzionalità renale mediante dosaggio della **creatinina e/o del filtrato glomerulare (GFR)**. **Nel caso i valori della Creatinina siano alterati La preghiamo di contattare il Centro Diagnostico per eventuali controindicazioni all'uso di Mdc.**

**TEMPISTICA:** la durata dell'esame varia da 10 a 40 minuti in relazione al quesito clinico e al distretto corporeo da analizzare.

**SOTTOSCRIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO**

Ciò premesso, lo sottoscritto. . . . . in qualità di

- Diretto interessato all'atto medico
- Tutore di .....
- Esercente la podestà sul minore.....
- Tramite interprete .....
- Dichiaro** di essere stata/o invitata/o a leggere con molta attenzione quanto riportato in questo scritto che corrisponde, peraltro, a quanto ampiamente spiegatomi a voce.
- Dichiaro** altresì di aver ben compreso il significato di quanto mi è stato esposto dal Dr. . . . . . di non avere bisogno di ulteriori chiarimenti
- Dichiaro** l'assenza di gravidanza (firma paziente) .....

**e quindi consapevolmente**

- Acconsento**                       **Non Acconsento**

di essere sottoposto all'esame di Risonanza Magnetica, eventualmente anche con la somministrazione di mezzo di contrasto paramagnetico (Gadolinio) per via endovenosa, essendo stato informato dei possibili rischi tra i quali sono da ricomprendersi anche taluni eventi non prevedibili e/o prevenibili.

Data . . . / . . . / . . . . .

.....  
 (Firma del Paziente)

- NOTE (creatinina) .....
- M.d.C DOTAREM
- M.d,C. MULTIHANCE.

.....  
 Firma del T.S.R.M.

.....  
 Firma del Medico Radiologo Responsabile della prestazione diagnostica

**STRUTTURA DI RIFERIMENTO REGIONALE PER LA CHIRURGIA ROBOTICA ORTOPEDICA**