



ANAMNESI PER ESAME DI RISONANZA MAGNETICA

(Data ultima revisione: 09/07/2021)

Questionario somministrato in data..... da (Nome e Cognome)

.....(Qualifica professionale del membro dell'equipe di RM)

PAZIENTE:

NOME e COGNOME nato/a a il.....

PESO..... kg ALTEZZA..... cm

Il questionario ha lo scopo di accertare l'assenza di controindicazioni, **deve essere compilato dall'equipe RM e firmato in calce dal Medico Responsabile della prestazione diagnostica** che si avvale anche delle risposte fornite dal Paziente o dal tutore legale. La **controfirma del Paziente** garantisce anche la sua piena consapevolezza delle gravi conseguenze che possono rivestire risposte false o mendaci ai quesiti.

- Ha eseguito in precedenza esami RM? 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? SI NO
- È stato vittima di traumi da esplosioni? SI NO
- È in stato di gravidanza certa o presunta? SI NO
- Ha mai subito interventi chirurgici? Se sì, su: SI NO

Testa..... Addome..... Collo.....

Estremità..... Torace..... Occhi.....

Altro.....

- Sa di avere uno o più dispositivi medici o corpi metallici all'interno del corpo? SI NO

- È portatore di:

- Pace-maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci? SI NO
- Schegge o frammenti metallici? SI NO
- Clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello? SI NO
- Valvole cardiache? SI NO
- Stents? SI NO
- Defibrillatori impiantati? SI NO
- Distrattori della colonna vertebrale? SI NO
- Pompa di infusione per insulina o altri farmaci? SI NO
- Corpi metallici nelle orecchie o impianti per udito? SI NO
- Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali? SI NO
- Altri tipi di stimolatori? SI NO
- Dispositivo intrauterino (IUD)? SI NO
- Derivazione spinale o ventricolare? SI NO
- Protesi dentarie fisse o mobili? SI NO
- Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, ecc...), viti, chiodi, fili, ecc...? SI NO
- Altre protesi? SI NO

Localizzazione.....

- Ritiene di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe NON essere a conoscenza? SI NO

- È affetto da anemia falciforme? SI NO

- È portatore di:

- Protesi del cristallino? SI NO
- Piercing? SI NO

Localizzazione.....

- Tatuaggi? SI NO

Localizzazione.....



REGIONE
PIEMONTE

ASSESSORATO SANITA', LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA, EDILIZIA SANITARIA

- Sta utilizzando cerotti medicali?

SI NO

Il Medico Responsabile dell'esame RM, preso atto delle risposte fornite dal Paziente ed effettuato l'inquadramento clinico anamnestico AUTORIZZA l'esecuzione dello studio RM.

FIRMA DEL PAZIENTE _____ FIRMA DEL MEDICO _____

**CONSENSO INFORMATO PER ESAMI DI RISONANZA MAGNETICA,
SENZA/CON SOMMINISTRAZIONE DI MEZZO DI CONTRASTO A BASE
DI GADOLINIO**

(Data ultima revisione: 09/07/2021)

CONSENSO

Io sottoscritto/a..... nato/a a

il.....
(*genitore o tutore legale disono stato informato che è stata posta l'indicazione all'esecuzione di un **Esame RM
senza/con somministrazione di Mezzo di Contrasto a base di Gadolinio**

Sono stato informato inoltre che è stata posta l'indicazione alla:

- somministrazione di **soluzioni/gel o preparati farmaceutici per via
orale/rettale**.....- somministrazione di **preparati farmaceutici per via endovenosa o intramuscolare o****intraarticolare**.....

...

- introduzione di **bobine endogene**.....A questo riguardo ho ricevuto e compreso le informazioni fornitemi inerenti l'esposizione ai campi elettromagnetici generati dall'apparecchiatura RM e all'eventuale somministrazione del mezzo di contrasto, i benefici attesi dall'esame e le possibili complicanze ragionevolmente prevedibili; consapevole del mio diritto di rifiutare o sospendere in qualsiasi momento l'esame nonché delle conseguenze derivanti dalla scelta, **in piena coscienza, acconsento** all'esecuzione dell'esame sopra indicato.

Data.....

Firma del Paziente (o di chi esercita la potestà genitoriale e/o tutoriale*)

DICHIARAZIONE DI STATO DI GRAVIDANZA CERTA O PRESUNTA (per donne in età fertile) SI NO

Data.....Firma della Paziente.....

PREMEDICAZIONE

(Pazienti ricoverati)

Io sottoscritto/a.....dichiaro di aver somministrato al Paziente
la premedicazione **antiallergica** come da indicazioni.

Timbro e firma del Medico prescrivente

Data.....

Timbro e firma del Medico Radiologo.....

REVOCA CONSENSO



Io sottoscritto/a..... a partire dalle ore
.....

del giorno **revoco il consenso** all'esecuzione dell'esame sopra
indicato, consapevole delle conseguenze derivanti dalla mia scelta.

Firma del Paziente (o di chi esercita la potestà genitoriale e/o tutoriale*)
.....

Timbro e firma del Medico
Radiologo.....