



Az. ULSS 20 Via
Valverde n.42 - 37122 Verona



Via Gianella 1 – 37045 Legnago



Via Citella, 50 - 37012 Bussolengo

**MODULO DI ANAMNESI E CONSENSO INFORMATO
PER ESAME DI RISONANZA MAGNETICA**

Cognome _____ Nome _____ nato/a il _____
Ricoverato/a c/o _____ Ambulatoriale _____
Raccordo anamnestico _____

Risultato di indagini diagnostiche precedenti _____
Attività lavorativa (in ambienti con presenza di schegge metalliche) _____

Quesito clinico _____
Esame richiesto _____
suggerito da _____
Data _____

(timbro e firma per esteso del Medico Curante)

QUESTIONARIO PRELIMINARE

E' portatore di:	SI	NO
* Clips vascolari ferromagnetiche;		
* Pacemaker cardiaco;		
* Dispositivi elettromeccanici non rimovibili;		
* Alcuni impianti cocleari e protesi stapediali;		
* Protesi del cristallino con anse e punti intraoculari ferromagnetici (rari);		
* Filtri, stent e spirali endovascolari ferromagnetici (solo entro 6 settimane);		
* Catetere di Swan-Ganz;		
* Corpi estranei ferromagnetici contigui a vasi, occhi, ecc.		
* Medicazioni transdermiche che contengano metalli		
* Corpi estranei ferromagnetici in sedi non vitali; tatuaggi;		
* Clips o altri dispositivi metallici non ferromagnetici;		
* Filtri, stent o spirali di qualsiasi tipo, dopo 6 settimane dall'impianto;		
* Vecchi tipi di shunt ventricolo-peritoneali;		
* Protesi ortopediche metalliche (artefatti).		
* Protesi mammarie;		
* IUD e diaframmi uterini;		
* E' in stato di gravidanza, sta allattando? (data ultime mestruazioni.....)		

Data _____ (firma per esteso del Medico Radiologo)

DESCRIZIONE DELLA PROCEDURA:

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, lasci nello spogliatoio qualunque **oggetto metallico** (orologio, chiavi, monete, occhiali, forcine per capelli, spille, gioielli, stampelle, ecc.) **tesserini magnetici e carte di credito**: tolga gli **indumenti** che abbiano sistemi di chiusura metallici (reggiseno, body) o che siano fatti con tessuti che possano contenere fibre metalliche (pancero, indumenti elastici) o che abbiano **etichette** che contengano fili metallici; rimuova **le protesi dentarie** ed eventuali **piercing**.

Il paziente, in decubito supino sul tavolo dell'apparecchio, 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; esistono comunque strumenti di comunicazione con il personale che esegue l'esame: microfono, telecamera e un dispositivo acustico di allarme a portata del paziente.

TEMPI: la durata dell'esame varia da 20 a 40 minuti in relazione al quesito clinico e al distretto corporeo da esaminare.

CONSENSO INFORMATO

Il sottoscritto dichiara di aver preso attenta visione delle pagine informative, nonché di essere stato esaurientemente informato sul modo di conduzione e sulle limitazioni dell'indagine

ACCETTA E CONSENTE

Di essere sottoposto all'esame di Risonanza Magnetica, essendo stato informato dei possibili rischi peraltro non prevedibili.

Data

_____ (firma del Paziente o del Titolare del consenso)

NOTE

MEZZO DI CONTRASTO: per alcuni studi di Risonanza è prevista l'assunzione per os e/o la somministrazione per via endo-venosa di mdc (chelati del **Gadolinio**). Controindicazioni all'uso di mdc sono precedenti reazioni allergiche a gadolinio o la grave insufficienza renale. **Nel caso si preveda l'uso di m.d.c. è consigliabile presentarsi a digiuno.**

Data

_____ (firma per esteso del Medico Radiologo)

Data

_____ (firma del Paziente o del Titolare del consenso)