

Cognome:	Nome:		
<u>CODICE FISCALE (OBBLIGATORIO):</u>			
Nato/a a:	il		
Residente a	Via	N°	CAP
Allergie:	Peso		
Esami in Visione:	Precedenti esami:		
Medico prescrittore esame:	Medico di Famiglia:		
Quesito clinico:			

Consenso informativo del paziente in preparazione alla esecuzione di esame di Risonanza Magnetica

La/il Sottoscritta/o (*) (**) _____ dichiara di essere stata/o informata/o

in modo chiaro, esauriente e con un linguaggio semplice e comprensibile da: **Radiosalus** sulle tecniche e metodologie di esecuzione dell'esame a cui sta per sottoporsi, sulle indicazioni dello stesso.

Dichiara/o inoltre:

- di aver compreso l'importanza di sottopormi al "questionario anamnestico". Le domande che mi verranno poste e alle quali devo rispondere sicuramente mi aiuteranno ad evidenziare situazioni che involontariamente potrei non riferire e che potrebbero rappresentare preclusione all'esecuzione dell'esame mettendo in pericolo la mia incolumità personale e non idonea l'immagine dalla quale dipende la conferma o meno della sospetta patologia di cui sono portatore e per la quale mi sottopongo ad esame di Risonanza Magnetica.
- Che **per effettuare l'esame** devo seguire le istruzioni che mi vengono impartite dal Tecnico/Medico che effettuerà l'esame e in particolare:
 - **togliere eventuali lenti a contatto, apparecchi per l'udito, protesi dentarie, corone temporanee mobili, cinta sanitaria;**
 - **togliere fermagli per capelli, mollette, gioielli, orologi, carte di credito o altre schede magnetiche, coltelli tascabili, ferma soldi metallici, monete, chiavi, ganci automatici, bottoni metallici, spille, vestiti con lampo, punti metallici residuali del lavaggio in tintoria, limette, forbici o altri eventuali oggetti metallici di cui sono portatore;**
 - **asportare cosmetici dal volto;**
 - **rimuovere eventuali piercing.**

L'esame non è doloroso né fastidioso; la sua durata può variare, a seconda del tipo di indagine, da effettuare da venti a quaranta minuti circa; Durante tutto l'esame la/il paziente sentirà un rumore più o meno ritmico dovuto al funzionamento dell'apparecchio stesso.

Il/la paziente dovrà restare tranquillo/a, immobile sul lettino per il tempo dell'esame, al fine di consentire informazioni diagnostiche di migliore qualità.

(*) In qualità esercente la potestà sul minore; (**) in qualità di tutore dell'assistito

Anamnesi:

PRIVACY INFORMATIVA AI SENSI DEL DLGS 30.12.2003, N° 196

Ai sensi del DLGS 30.12.2003, N° 196, le informazioni fornite verranno trattate con la massima tutela e riservatezza, per finalità di gestione amministrativa della pratica. Esprimo il mio consenso al trattamento dei dati personali e sensibili, esclusivamente a fini di diagnosi e cura. Potrete accedere alle informazioni in nostro possesso ed esercitare i diritti di cui all'Art. 7 della legge (aggiornamento, rettifica, integrazione, cancellazione, trasformazione o blocco dei dati trattati ecc.) inviando richiesta scritta indirizzata al titolare del trattamento.

Firma del Paziente: _____ **Data:** _____

N°	Quesito		
	Soffre di claustrofobia?	SI	NO
	Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere?	SI	NO
	È portatore/portatrice di Pace Maker o altri tipi di cateteri cardiaci, Valvole Cardiache, Elettrodi, Neurostimolatori e simili, Pompe da Insulina, Corpi metallici nelle orecchie o impianti per l'udito.	SI	NO
	Ha mai subito incidenti stradali, incidenti di caccia?	SI	NO
	È stato vittima di traumi da esplosione?	SI	NO
	È in stato di gravidanza? Se sì Data ultima mestruazione:	SI	NO
	Ha subito interventi chirurgici su: <input type="checkbox"/> testa <input type="checkbox"/> addome <input type="checkbox"/> collo <input type="checkbox"/> estremità <input type="checkbox"/> torace <input type="checkbox"/> altro	SI	NO
	È portatore di Schegge o frammenti metallici?	SI	NO
	Clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello?	SI	NO
	Distrattori della colonna vertebrale?	SI	NO
	Corpi intrauterini? (spiralì)	SI	NO
	Neurostimolatori, elettrodi, impianti nel cervello o subdurali?	SI	NO
	Derivazione spinale o ventricolare?	SI	NO
	Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, etc.) viti, chiodi, fili, etc	SI	NO
	Protesi dentarie fisse o mobili? Localizzazione	SI	NO
	Protesi del cristallino (Cataratta) Anno	SI	NO
	È affetto da anemia falciforme?	SI	NO
	È portatore di cerotti medicamentosi?	SI	NO
	È portatore di piercing?	SI	NO
	Si è sottoposto, nell'ultimo periodo, ad esami radiologici con mezzo di contrasto paramagnetico	SI	NO
	Ha tatuaggi? In particolar modo eseguiti con inchiostro metallico?	SI	NO

Note:

Data: _____ Firma del Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame RM: _____