

Paziente nato a (.....) il/...../.....

Residente a(.....) . Via..... n CAP

Cod. fiscale Medico di base Medico prescrittore

Quesito clinico

 Esame richiesto con mezzo di contrasto senza mezzo di contrasto

Valutazione Clinica - anamnestica

Altezza Cm.....l			Peso Kg
Soffre di claustrofobia?	SI	NO	
Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere?	SI	NO	
È portatore 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 avuto incidenti stradali o di caccia?	SI	NO	
È stato vittima di traumi da esplosione?	SI	NO	
È in stato di gravidanza?	SI	NO	Data ultima mestruazione
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? (spirali)	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?	SI	NO	Localizzazione
Protesi del cristallino (Cataratta)	SI	NO	Anno .
È affetto da anemia falciforme?	SI	NO	
È portatore di cerotti medicamentosi o piercing ?	SI	NO	
Ha tatuaggi?	SI	NO	eseguiti con inchiostro metallico?
Si è sottoposto, nell'ultimo periodo, ad esami radiologici con mezzo di contrasto paramagnetico	SI	NO	Ha avuto allergie o reazioni avverse?
Soffre d'asma o allergie trattate farmacologicamente?	SI	NO	
Soffre nefropatia o insufficienza renale?	SI	NO	Creatinina GFR

Anamnesi:

.....

.....

.....

 Alla luce di quanto sopra il Radiologo ritiene l'esame idoneo **NON idoneo** alternativa suggerita

Data/...../..... Firma Radiologo

CONSENSO INFORMATO ALLA ESECUZIONE DELLA RISONANZA MAGNETICA (RM)

Che cosa è?

La Risonanza Magnetica (RM) è una tecnica diagnostica che NON utilizza radiazioni ionizzanti o sostanze radioattive. La diagnostica mediante RM utilizza campi statici di induzione magnetica e onde elettromagnetiche a radiofrequenza (RF), simili alle onde radiotelevisive. La Risonanza Magnetica di base si configura come un esame diagnostico non invasivo e in base alle conoscenze attuali, non comporta effetti biologici rilevanti su pazienti privi di controindicazioni e viene svolto in accordo alle norme e agli standard di sicurezza.

Come si esegue

Per procedere all'esame sarà fatto/a coricare su apposito lettino che verrà introdotto all'interno dell'apparecchiatura. L'esame non comporta dolore, ma può essere disagiata per il rumore prodotto dall'apparecchio. Durante la fase di acquisizione delle immagini RM, infatti, sono udibili dei rumori ritmici di intensità variabile provocati dal normale funzionamento dell'apparecchio. La durata dell'esame RM può variare dai 20 agli 80 minuti a seconda dell'esame richiesto. Per ottenere la migliore qualità delle immagini e non compromettere il risultato diagnostico, durante tutto l'esame è necessario mantenere il massimo grado di immobilità, respirando regolarmente, oppure mantenendo l'apnea quando espressamente richiesto dal tecnico operatore.

Talora possono verificarsi episodi di claustrofobia. In questo caso l'esame RM può essere interrotto. Se pensa di poter avere problemi di questo tipo, è pregata di segnalarlo al personale della Risonanza Magnetica prima di sottoporsi all'esame.

Cosa può succedere – Eventuali complicanze

Talora possono verificarsi episodi di claustrofobia. In questo caso l'esame RM può essere interrotto. Se pensa di poter avere problemi di questo tipo, è pregata di segnalarlo al personale della Risonanza Magnetica prima di sottoporsi all'esame.

La somministrazione del **mezzo di contrasto** può talora comportare alcuni lievi effetti collaterali (sensazione di calore, rossore, nausea, vomito, cefalea, eruzioni cutanee, prurito) che si risolvono spontaneamente o con una leggera terapia endovenosa. In casi rarissimi e con un'incidenza non prevedibile e quantificabile ma comunque molto bassa, può indurre anche reazioni allergiche gravi fino allo shock anafilattico

Una funzionalità renale compromessa è il principale limite all'utilizzo del mezzo di contrasto. Per tale motivo può essere richiesto di portare il giorno dell'esame un valore recente della creatinemia e GFR. Reazioni avverse al MdC o ad altri farmaci possono comportare rischi per la salute e in tali casi il Medico prescriverà specifiche prassi di preparazione all'esame.

Preparazione necessaria- Raccomandazioni

- **per effettuare l'esame** il paziente dovrà seguire le istruzioni 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, qanci 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.**

Per l'esecuzione di un esame che preveda la somministrazione di mezzo di contrasto qualora ci si trovi in presenza di precedenti reazioni avverse o in condizioni di fragilità è assolutamente necessario attenersi alle prescrizioni di preparazione all'esame impartite dal Medico.

675

ESPRESSIONE e DICHIARAZIONE di CONSENSO INFORMATO

Il paziente sopra identificato dichiara:

sono stato informato in modo completo ed esauriente sulle indicazioni cliniche dell'esame, sue finalità, modalità di esecuzione e di aver ricevuto risposte chiare e comprensibili ad ogni mia domanda. Mi è noto che l'esame, come molti trattamenti sanitari, non è completamente esente da rischi e da reazioni avverse, che nel mio caso mi sono state debitamente illustrate. Mi è stato comunicato che sono state predisposte tutte le idonee misure e precauzioni per prevenire e/o fronteggiare ogni eventuale complicanza. Pertanto:

Acconsento all'esecuzione dell'esame CON MDC Acconsento all'esecuzione dell'esame SENZA MDC Non acconsento all'esecuzione dell'esame

Data _____ firma interessato _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI (Rif. Reg. UE 679/2016 in tema di tutela dei dati personali)

Il paziente sopra identificato dichiara:

Sono stato informato su:

1. le finalità e le modalità di trattamento cui sono destinati i dati, connesse con le attività di prevenzione diagnosi, cura e riabilitazione, svolte dal medico a tutela della propria salute;
2. i soggetti o le categorie ai quali i dati personali possono essere comunicati (medici sostituti, aziende ospedaliere, fiscalisti) o che possono venirne a conoscenza in qualità di incaricati;
3. il diritto di accesso ai dati personali, la facoltà di richiederne l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione e la cancellazione;
4. il nome del titolare del trattamento dei dati personali nonché l'indirizzo dello stesso: Gianluca Passerini, Via Ischia I n.36 Grottammare (AP)
5. la necessità di fornire dati richiesti per poter ottenere l'erogazione di prestazioni mediche adeguate.

Esprimo il mio consenso al trattamento dei dati personali e sensibili, esclusivamente a fini di diagnosi, cura e trattamento alla struttura Radiosalus.

Data _____ firma interessato _____

Solo per TELERADIOLOGIA - essendo inoltre stato informato della necessità di inviare per via telematica, in altra sede, per essere interpretate, le immagini relative all'indagine diagnostica da me sostenuta e i dati clinici e anagrafici ad esse correlate, **esprimo il consenso al trasferimento informatico dei dati clinici e delle immagini biomediche esclusivamente a fini di diagnosi, cura e trattamento.**

Data _____ firma interessato _____