

Emittente: Direzione Sanitaria	SCHEDA INFORMATIVA RMN	Rif.: OQ7.5ARG12		Pagina: 1
		Data di Emiss.ne:	Data Agg.1:	
		Data Agg.2:	Data Agg.3:	

SCHEDA INFORMATIVA PER ESAME DI RISONANZA MAGNETICA

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____

Esame richiesto _____

SCOPO DELLA SCHEDA

Le informazioni che Le saranno richieste servono per garantire che l'esame con la tecnica di Risonanza Magnetica si svolga in condizioni di regolarità e sicurezza. La preghiamo di leggere attentamente questo modulo, di fornire le risposte alle domande indicate e di firmarlo, come consenso libero e informato dell'esecuzione dell'esame.

EFFETTI DELLA RISONANZA MAGNETICA

La RM implica l'uso di intensi campi magnetici che esercitano elevate forze (come grosse calamite) su materiali ferromagnetici che lei possa avere con sé o nel suo corpo, come protesi chirurgiche, schegge metalliche, pile cardiache o simili. In alcuni casi, il campo magnetico e le onde elettromagnetiche a radiofrequenza possono produrre effetti indesiderati. Al fine di escludere l'insorgenza di tali effetti, La preghiamo di fornire in dettaglio (anche verbalmente) le sottoseguenti informazioni e di attenersi ad alcune semplici istruzioni.

INFORMAZIONI RICHIESTE - E' ASSOLUTAMENTE NECESSARIO SAPERE SE LEI:

- 1) è portatore di pace-maker cardiaco, valvole cardiache, elettrodi, auricolari, neurostimolatori e simili SI NO
- 2) nel suo corpo sono presenti elementi metallici come:
 - a) frammenti o schegge metalliche (specie negli occhi) SI NO
 - b) protesi metalliche (escluse le protesi dentarie fisse) SI NO
 - c) è stato operato con impiego di graffe o di punti di sutura metallici SI NO
 - d) protesi dentarie mobili o acustiche SI NO
 - e) protesi del cristallino (dopo intervento con cataratta o altro):
anche se raramente riscontrato, non può essere escluso un riscaldamento della protesi e dei tessuti vicini con possibile danno al materiale oculare SI NO
 - f) distrattori della colonna vertebrale SI NO
 - g) derivazione spinale e ventricolare SI NO
 - h) pompe da infusione per insulina SI NO
- 3) è portatrice di contraccettivi intra-uterini (IUD) SI NO
- 4) è in stato di gravidanza accertata o presunta (se SI, quale mese _____) SI NO
- 5) ha lavorato come saldatore, tornitore di metalli, carrozziere SI NO
- 6) ha subito infortunio stradali, da cacci, da esplosioni SI NO
- 7) è portatore di anemia mediterranea SI NO

DOVRA' LASCIARE NELLO SPOGLIATOIO

Tutti gli oggetti metallici (occhiali, forcine per capelli, spille, gioielli, e allei, monete, chiavi, fibbie, cinture, bretelle, ganci, protesi dentarie mobili, ecc) poiché sono attratte dal campo magnetico. Inoltre: orologi, caret di fcredito, e tessere magnetiche poiché possono deteriorarsi.

SE PORTATORE/PORTATRICE DI LENTI CORNEALI A CONTATTO

Dovrà toglierle prima di essere sottoposto/a all'esame poiché possono deformarsi.

IL TRUCCO DOVRA' ESSERE TOLTO

poiché disturba l'esame.

