

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

Cognome _____ Nome _____ Data di nascita _____

Esame richiesto _____

INFORMAZIONI PER IL PAZIENTE

L'indagine di Risonanza Magnetica (RM) utilizza un **campo magnetico intenso**. Richiede 20' o più, durante i quali deve rimanere immobile. Prima dell'indagine deve:

- leggere e compilare in ogni sua parte la scheda informativa,
- asportare dalla cute eventuali cosmetici,
- lasciare tutti gli oggetti metallici, tesserini magnetici e carte di credito.
- lasciare dentiere mobili, lenti a contatto e apparecchi acustici.
- riferire di eventuali interventi con materiali metallici (vedi oltre)
- indossare il camice che le viene consegnato,

N.B.

- 1) **Gli esami di RM rispondono ai quesiti posti dal medico proponente.**
- 2) **La conduzione clinica del caso è di pertinenza del medico proponente.**
- 3) **Il referto relativo deve essere esibito al medico proponente.**
- 3) **La procedura deve essere riconsiderata e/o integrata con altre metodiche qualora in contrasto con i dati clinici, strumentali o di laboratorio.**
- 4) **Per le problematiche emerse successivamente può essere necessaria la revisione dell'esame o la sua eventuale ripetizione.**
- 6) **Dati anamnestici inesatti o incompleti e la mancata osservanza delle prescrizioni comportano una ridotta attendibilità dell'esame, che comunque non raggiunge mai il 100%.**
 - a) **La mancata disponibilità degli esami precedenti e delle indicazioni cliniche può condizionare in maniera significativa l'interpretazione e l'esecuzione dell'esame.**

ESAMI CON MEZZO DI CONTRASTO

L'Agenzia Italiana e Europea del Farmaco raccomandano di usare i MDC solo quando non sia possibile ottenere le necessarie informazioni diagnostiche senza il MDC.

Dichiarano inoltre che non esiste attualmente alcuna evidenza che i MDC a struttura macrociclica causino danni cerebrali ai pazienti. Quelli con struttura lineare vanno impiegati solo per via intrarticolare

Per gli esami da eseguire con MDC è necessario il valore recente della **creatinina**, per escludere l'insufficienza renale.

Il MDC in casi rarissimi e non prevedibili può comportare la comparsa di reazioni allergiche o il peggioramento di una insufficienza renale. Per questo il medico proponente deve essere informato di eventuali allergie a farmaci o alimenti.

DICHIARAZIONE DEL PAZIENTE

Il Paziente dichiara di essere informato/a sull'indicazione clinica, le modalità di esecuzione, le possibili reazioni avverse e i fattori di rischio dell'esame RM a cui viene sottoposto e quindi

Acconsente all'esecuzione dell'esame RM : **SI** **NO**

Data _____ FIRMA del Paziente _____

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

A) L'esame RM NON può essere eseguito se il Paziente è portatore di:

pace maker o defibrillatore interno	SI	NO
protesi cocleari (orecchio interno)	SI	NO
neurostimolatori o stimolanti di crescita ossea	SI	NO
protesi oculari magnetiche	SI	NO

B) Sono necessarie specifiche certificazioni se il Paziente è portatore di :

clips vascolari cerebrali (aneurisma) *	SI	NO	cateteri di derivazione spinale o ventricolare *	SI	NO
protesi o viti ortopediche	SI	NO	cateteri di Swan-Ganz.....	SI	NO
protesi al cristallino	SI	NO	filtri vascolari, stent	SI	NO
protesi otologiche (orecchio medio) *	SI	NO	spirale intrauterina (IUD) e diaframma *	SI	NO
espansori mammari	SI	NO	tatuaggi estesi	SI	NO
protesi valvolari cardiache *	SI	NO	pompe infusione farmaci non RM compatibili	SI	NO
protesi peniene *	SI	NO	è in gravidanza o presume di esserlo	SI	NO
impianti oculari (molle palpebrali, punti retinici) *	SI	NO	soffre di anemia falciforme, asma o allergie..	SI	NO
punti metallici da pregresso intervento	SI	NO	soffre di claustrofobia.....	SI	NO
schegge metalliche, proiettili	SI	NO	soffre di insufficienza renale.....	SI	NO
frammenti metallici intraoculari	SI	NO			

* se "SI" porti con sè la documentazione di compatibilità magnetica da parte della Struttura che ha effettuato intervento.

N.B.

Informazioni necessarie riferite al solo distretto corporeo in esame:

- Esami precedenti consegnati : RX ECO TC RM
- Trauma nella sede dell'esame :** SI NO Quando? _____
- Patologia in corso o pregressa : _____
- Interventi precedenti nella sede dell'esame:** SI NO Quando? _____
- Sintomi :** Dolore Gonfiore Impotenza funzionale
- Dove e quando avverte dolore ? _____
- Attività lavorativa: _____
- Attività sportiva: _____

Indicazione clinica e firma del MEDICO RICHIEDENTE

A CURA DEL MEDICO RESPONSABILE DELL'ESECUZIONE DELL'ESAME

Riverificate le condizioni di cui al questionario si conferma l'esecuzione dell'esame RM.

Data _____ FIRMA Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame _____