

Salus srl Emittente: <b>Direzione Sanitaria</b>	<b>SCHEDA INFORMATIVA RMN</b>	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	SCHEMA INFORMATIVA RMN	Rif.:OQ7.5ARG12		Pagina: 2
		Emittente: Direzione Sanitaria		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 <b>non</b> 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 \_\_\_\_\_