

## Allegato3

## Modulo richiesta per esami RM

Cognome.....Nome.....Data di nascita.....

Esame RM .....

Peso Kg .....

**N.B. : NON POSSONO SOTTOPORSI ALL'ESAME PERSONE PORTATRICI DI : PACE-MAKER.****Le Persone portatrici di : PROTESI DOTATE DI CIRCUITI ELETTRONICI devono: produrre opportuna documentazione comprovante la compatibilità dell'impianto.**

Anamnesi .....

.....  
.....

Esami precedenti

.....  
.....

Informazioni per il paziente

Gentile Signore/a

**le ricordiamo che le persone portatrici di pace-maker non possono in nessun caso eseguire l'esame RM; se fosse portatrice/ore di altre protesi dotate di circuiti elettronici deve produrre opportuna documentazione comprovante la compatibilità con l'apparecchiatura RM.**

L'esame al quale si sottoporrà comporta l'uso di un campo magnetico e di onde elettromagnetiche con frequenza RF (come quelle usate per le trasmissioni televisive ); per tutta la sua durata dovrà restare immobile in modo da consentire l'effettuazione con risultati ottimali.

Durante l'esame, la cui durata dipende dal tipo di indagine richiesta, sentirà un rumore ritmico dovuto al normale funzionamento della macchina : resti tranquillo/a e rilassato/a. In caso di necessità, può comunicare con il medico attraverso un microfono appositamente predisposto.

Ricordi che la presenza di metalli all'interno del corpo (schegge, clips, protesi, stimolatori cardiaci , valvole cardiache), può controindicare o rendere sconsigliabile l'esecuzione dell'esame.

Non deve avere con sé oggetti metallici, schede magnetiche, lenti a contatto.

Nel primo trimestre di gravidanza l'esame è sconsigliato, salvo casi particolari vagliati dal medico responsabile.

Sappia inoltre che potrebbe essere necessario somministrare endovena un Mezzo di contrasto paramagnetico per ottenere un migliore risultato diagnostico.

Per effettuare l'esame si DEVONO TOGLIERE lenti a contatto, protesi dentarie mobili, fermagli per capelli, orologio, cosmetici sul volto, qualsiasi tessera magnetica, apparecchi per l'udito, cinto, occhiali, gioielli, qualsiasi altro oggetto metallico.

**QUESTIONARIO PER PAZIENTI CHE DEVONO EFFETTUARE RM:**

Soffre di claustrofobia? SI NO

Ha lavorato come Saldatore ,tornitore, carrozziere? SI

NO

E' stato vittima di traumi da caccia o da esplosione? SI NO

E' affetto da anemia falciforme? SI NO

Ha subito procedure di radiologia interventistica? SI NO

Ha subito interventi chirurgici? SI NO

Quali .....

E' in stato di gravidanza ? (se SI specificare a che mese) SI NO

**E' PORTATORE DI :**

Pace-marker o altri tipi di cateteri cardiaci? SI NO

Clips su aneurismi o vasi sanguigni? SI NO (se **SI** il paziente deve portare documentazione relativa a

Magneto compatibilità)

Protesi valvolari cardiache? SI NO

E' portatore di tatuaggi cutanei? SI NO

Schegge o frammenti metallici? SI NO

Distrattori della colonna vertebrale SI NO

Pompe per infusione di farmaci SI NO

Corpi metallici nelle orecchie o impianti per l'udito? SI NO

Neurostimolatori impiantati nel cranio o nella colonna verteSI NO

Corpi intrauterini? (spirale) SI NO

Derivazione spinale o ventricolare? SI NO

Protesi del cristallino? SI NO

Mezzi di sintesi metallici (chiodi,viti,protesi d'anca)? SI NO

Protesi dentarie (fisse)? SI NO

**ESAME RM CON MDC EV**

Su base clinica ed anamnestica emergono elementi riferibili a:

▶ Allergie a mezzi di contrasto SI (specificare.....) NO

▶ Allergia a metalli SI (specificare.....) NO

▶ Grave insufficienza Cardiaca SI NO

▶ Grave insufficienza Renale SI NO

▶ Grave insufficienza Epatica SI NO

**Consenso informato**

Informato dell'indicazione clinica, delle modalità esecutive e delle eventuali complicanze connesse con l'esecuzione dell'esame richiesto e con la somministrazione del mezzo di contrasto, dichiaro di acconsentire allo svolgimento dell'indagine anche con Mezzo di contrasto

DATA

Firma del paziente

Firma del Medico