

DICHIARAZIONE DEL PAZIENTE

Io sottoscritto/a

(in qualità di esercente la potestà parentale sul minore / tutore di)

nato/a il dichiaro di:

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| a. Essere portatore di stimolatore cardiaco (Pace Maker) | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| b. Avere negli occhi elementi metallici come:
frammenti, schegge, punti di sutura, ... | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| c. Soffrire di claustrofobia | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |

La risposta SI anche ad una sola delle domande a), b) e c) può costituire controindicazione assoluta e richiede la valutazione diretta del radiologo.

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| d. Avere nel corpo elementi metallici come:
frammenti, schegge, punti di sutura, ... | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| e. Essere portatore di protesi ferromagnetiche | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| f. Essere portatore di pompe sottocutanee per infusione:
(port-a-cath, pompe peristaltiche, pompe da insulina) | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| g. Essere portatore di lenti a contatto | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| h. Essere portatrice di spirale endouterina | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| i. Essere in stato di gravidanza | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| j. Essere portatore di protesi del cristallino | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| k. Essere portatore di apparecchi acustici o impianti per udito | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| l. Essere portatore di trucchi permanenti, tatuaggi, piercing
o di altri oggetti metallici | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| m. Pregresse reazioni a mezzi di contrasto per RM | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| n. Avere storia di allergia trattata con farmaci | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| o. Avere storia clinica di asma bronchiale | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| p. Avere storia clinica di emosiderosi o di emocromatosi | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| q. Pregresse reazioni al destrano | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |

(NB. La presente dichiarazione può essere raccolta con la collaborazione e la verifica da parte di un sanitario)

Confermo di essere stato informato/a secondo quanto indicato nel presente documento e di aver ricevuto esauriente risposta alle mie domande, in modo chiaro e da me compreso.

Ho ottenuto risposte e spiegazioni che ho ben compreso, e ho maturato consapevolmente la decisione. Pertanto:

- ACCONSENTO all'esecuzione dell'esame di Risonanza magnetica senza mezzo di contrasto
 ACCONSENTO all'esecuzione dell'esame di Risonanza magnetica con mezzo di contrasto

Tipologia di esame richiesto:.....

Motivazione per cui si richiede la somministrazione dell'esame richiesto:.....

FIRMA DEL MEDICO RADIOLOGO RESPONSABILE DELLA PRESTAZIONE

Data ____/____/____

Firma leggibile del paziente/esercente la potestà parentale/tutore

(Se il paziente età compresa fra 14 e 17 anni, è opportuno richiedere anche il suo consenso)

INFORMAZIONI SULL'ESECUZIONE DELL'ESAME R.M.

La risonanza magnetica (RM) si fonda sulle modificazioni che possono essere indotte dall'applicazione di un campo magnetico di elevata intensità sui nuclei di idrogeno presenti in grande quantità nei tessuti del corpo umano.

Queste modificazioni vengono trasformate in segnali radio che un computer raccoglie e trasforma in immagini. L'ESAME NON UTILIZZA "RAGGI X" NE' ALTRO TIPO DI RADIAZIONI IONIZZANTI.

-Modalità di esecuzione dell'esame

Il paziente viene fatto accomodare su un lettino ed intorno alla parte del corpo da esaminare viene posta una "bobina" che funziona da antenna ricevente e trasmittente.

L'esame ,assolutamente indolore, ha una durata che varia da 20 a 30 minuti e talvolta anche di più se dovesse essere necessaria la somministrazione di mezzo di contrasto.

Durante l'esame il paziente avverte un suono ritmico dato dal segnale di radiofrequenza inviato dalla "bobina".

Da parte del paziente è possibile richiedere al personale di radiologia presente all'interno dei locali appositi tappi antirumore.

Durante l'esecuzione dell'esame è fondamentale, da parte del paziente, mantenere l'immobilità perché anche il più piccolo movimento può pregiudicare il risultato finale.

Il personale incaricato dell'esecuzione dell'indagine non può essere presente nella sala RM ma rimane in perenne contatto con il paziente attraverso un vetro divisorio ed un interfono.

IL REFERTO DELL'INDAGINE VIENE CONSEGNATO IN FORMA CARTACEA MENTRE TUTTE LE IMMAGINI ACQUISTE SONO IN FORMA DIGITALE SU SUPPORTO CD-ROM E QUINDI VISUALIZZABILI SU QUALSIASI PERSONAL COMPUTER.

La consegna dei referti avviene mediamente in quattro giorni; a richiesta e dietro pagamento di una quota a parte, il paziente può richiedere la stampa delle immagini anche su pellicola radiografica convenzionale.

-Informazioni sui mezzi di contrasto paramagnetici utilizzati

I mezzi di contrasto(m.d.c.) paramagnetici utilizzati in RM,hanno lo scopo di intensificare il segnale di contrasto a livello cerebrale e spinale.

La dose necessaria viene somministrata per via endovenosa a bolo o con pompa di iniezione.

Dopo somministrazione del m.d.c. possono verificarsi reazioni di ipersensibilità quali rossore in loco di iniezione,nausea,vomito,vertigini,dispnea,cefalea,vasodilatazione,ipotensione e reazioni cutanee di tipo allergico.

In rari casi è possibile l'insorgenza di reazioni anafilattoidi sino allo shock.

Durante la somministrazione di m.d.c. il paziente può accusare una sensazione di calore,freddo o alterazioni transitorie del gusto e dell'olfatto.

Il m.d.c. NON deve essere somministrato a pazienti in stato di gravidanza se non strettamente necessario.

Il paziente a cui è stato somministrato il m.d.c. ,una volta terminato l'esame,può tranquillamente mettersi alla guida di autoveicoli,mangiare e continuare ad assumere eventuali farmaci previsti da terapie individuali.

ISTRUZIONI PER L'ESECUZIONE DELL'ESAME

- DEVONO ESSERE LASCIATI NELLO SPOGLIATOIO TUTTI GLI OGGETTI METALLICI RIMOVIBILI: occhiali, forcine, monete, chiavi, cinture, protesi dentarie mobili, orologi, carte magnetiche, piercing, ecc.
- E' opportuno asportare eventuali cosmetici dagli occhi e dal viso, gel dai capelli e/o lacche.
- Durante l'esecuzione dell'esame, mantenere per un certo tempo l'assoluta immobilità, necessaria per ottenere informazioni diagnostiche della migliore qualità.
- Nella sala magnetica il paziente è controllato a vista e il personale può parlargli tramite un interfono. E' inoltre disponibile un pulsante di allarme attivabile in ogni momento.

A conferma della collaborazione prestata

Data ____/____/____

Firma leggibile del paziente/ esercente la potestà parentale/tutore

.....