

Piazza Virgilio Loi n. 1 – 09033 Decimomannu (CA)
tel. 070/9660090 - fax 070/9660096
e-mail: nuovacasadicura@nuovacasadicura.eu

QUESTIONARIO E CONSENSO INFORMATO PER ESAME RM

Istruzioni per la compilazione: per la corretta esecuzione dell'indagine e per escludere controindicazioni alla stessa è indispensabile compilare il seguente questionario in ogni sua parte. In particolare, prestare attenzione ai seguenti punti:

- se nel seguente questionario viene barrata una qualsiasi delle caselle "SI", ci sono indicazioni di possibili controindicazioni allo svolgimento dell'esame RM. In tal caso, il medico deciderà, avvalendosi eventualmente di altri esami (radiografie, TC, etc.), se il paziente può essere sottoposto ad esame RM;
- il questionario deve essere firmato dal medico richiedente l'esame e dal paziente. Successivamente, anche il medico che eseguirà l'esame firmerà il questionario, dopo aver verificato l'assenza di controindicazioni;
- il paziente deve firmare ANCHE il consenso informato che si trova nell'ultima pagina del modulo (nel caso di pazienti minori, un genitore/tutore firmerà l'assenso informato);
- si consiglia al paziente di leggere attentamente, PRIMA di arrivare in diagnostica, le pagine informative incluse dopo il questionario e prima del consenso informato. In tali pagine vengono descritte le modalità di svolgimento dell'esame, i possibili rischi e controindicazioni, e vengono fornite indicazioni utili (ad esempio la necessità di rimuovere cosmetici dal volto) che permettono al paziente di arrivare all'esame preparato.

Cognome _____ Nome _____ Data di nascita _____
Indirizzo _____ Telefono _____ Cellulare _____
Peso corporeo _____ Kg.

QUESTIONARIO

()Indicare le specifiche del dispositivo o allegare la dichiarazione dello specialista che ha eseguito l'impianto.*

Il paziente è affetto da:

- | | | | |
|---------------------|---------|-----------------------------|-----------------------------|
| • claustrofobia | _____ → | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| • obesità marcata | _____ → | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| • anemia falciforme | _____ → | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| • cardiopatia grave | _____ → | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |

Il paziente è portatore di:

- | | | | |
|---|---------|-----------------------------|-----------------------------|
| • pacemaker cardiaco | _____ → | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| • altri tipi di cateteri cardiaci | _____ → | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| • protesi cardio vascolari | _____ → | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| • valvole cardiache | _____ → | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| se si, del tipo (*) _____ | | | |
| • pompe per infusione di farmaci | _____ → | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| se si, del tipo (*) _____ | | | |
| • neurostimolatori, elettrodi endocerebrali o sottodurali | _____ → | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| se si, del tipo (*) _____ | | | |
| • clips endocraniche, endoorbitarie, endovascolari | _____ → | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| se si, del tipo (*) _____ | | | |
| • sonde di derivazione ventricolare o spinale | _____ → | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| se si, del tipo (*) _____ | | | |
| • distrattori della colonna vertebrale | _____ → | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| se si, del tipo (*) _____ | | | |
| • protesi auricolari | _____ → | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| se si, del tipo (*) _____ | | | |
| • protesi oculari | _____ → | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| se si, del tipo (*) _____ | | | |
| • protesi ortopediche | _____ → | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| se si, del tipo (*) _____ | | | |
| • protesi dentarie fisse o mobili | _____ → | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| se si, del tipo (*) _____ | | | |
| • corpi intrauterini | _____ → | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| se si, del tipo (*) _____ | | | |
| • altre protesi o corpi metallici (punti, chiodi, fili, etc.) | _____ → | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| se si, tipo e zona del corpo _____ | | | |
| • schegge o corpi metallici dovuti a traumi | _____ → | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| se si, tipo e zona del corpo _____ | | | |

Il paziente è stato sottoposto a interventi chirurgici: NO SI
se sì, del tipo (*) _____

In sede:

- testa Note _____
- collo Note _____
- torace Note _____
- addome Note _____
- estremità Note _____
- altro. Note _____

Il paziente lavora o ha lavorato come fabbro, tornitore, saldatore, carrozziere o addetto alla lavorazione di vernici metallizzate? NO SI
Specificare (anche se diverso da quelli elencati) _____

Il paziente è in stato di gravidanza: NO SI
(data dell'ultima mestruazione) _____

Il paziente è stato vittima di traumi stradali/incidenti: NO SI
Note _____

Il paziente è stato vittima di incidenti di caccia: NO SI
Note _____

Il paziente è stato vittima di esplosioni: NO SI
Note _____

Il paziente è allergico ai metalli: NO SI
Note _____

Il paziente ha mai avuto precedenti reazioni allergiche ai mezzi di contrasto usati in RM: NO SI
Note _____

Firma e timbro del Medico responsabile della prestazione

Data _____

ATTENZIONE

Si allega il foglio contenente informazioni riguardo all'esame e il modulo di consenso/assenso che dovrà essere firmato dal paziente o dai genitori/tutori in caso di pazienti minorenni.

CONVALIDA DEL MEDICO RESPONSABILE DELL'ESECUZIONE DELL'ESAME

Data _____ Firma _____

CONSENSO

Io sottoscritto/a _____ Nato/a a _____ il _____

Dichiaro di:

- aver letto attentamente questo modulo;
- aver ricevuto dal medico esaminatore le informazioni e i chiarimenti richiesti;
- consentire all'esecuzione dell'esame RM con eventuale impiego di sostanze paramagnetiche (mezzo di contrasto).

Data _____ Firma _____

ASSENSO (PER ESAMI AI MINORI)

Io sottoscritto/a _____ Nato/a a _____ il _____

Genitore, Tutore, Familiare di _____ Nato/a a _____ il _____

Dichiaro di:

- aver letto attentamente questo modulo;
- aver ricevuto dal medico esaminatore le informazioni e i chiarimenti richiesti;
- consentire all'esecuzione dell'esame RM con eventuale impiego di sostanze paramagnetiche (mezzo di contrasto).

Data _____ Firma _____