

**AZIENDA OSPEDALIERA OSPEDALE S.MARTINO E CLINICHE UNIVERSITARIE CONVENZIONATE
ISTITUTO DI RADIOLOGIA - PROF. GARLASCHI**

Tel: 0105552034

RICHIESTA DI ESAME RM

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

RICHIESTA DI TOMOGRAFIA A RM

(barrare una sola opzione)

Collo	TIROIDE	<input type="checkbox"/>	LARINGE	<input type="checkbox"/>	ALTRO	<input type="checkbox"/>
Articolazioni	GINOCCHIO	<input type="checkbox"/>	SPALLA	<input type="checkbox"/>	ANCHE	<input type="checkbox"/>
					ALTRO	<input type="checkbox"/>
Torace	MEDIASTINO	<input type="checkbox"/>	CUORE	<input type="checkbox"/>	AORTA	<input type="checkbox"/>
					ALTRO	<input type="checkbox"/>
Addome	FEGATO	<input type="checkbox"/>	MILZA	<input type="checkbox"/>	PANCREAS	<input type="checkbox"/>
Retroperitoneo	SURRENI	<input type="checkbox"/>	AORTA	<input type="checkbox"/>	ALTRO	<input type="checkbox"/>
Pelvi	VESCICA	<input type="checkbox"/>	PROSTATA	<input type="checkbox"/>	UTERO	<input type="checkbox"/>
					ALTRO	<input type="checkbox"/>
Parti molli	MAMMELLA	<input type="checkbox"/>	TESTICOLO	<input type="checkbox"/>	ALTRO	<input type="checkbox"/>

CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI (D. Lgs.vo n. 196 del 30 giugno 2003)

Ai sensi dell'articolo 13 della legge in oggetto La informiamo che l'Azienda tratterà i Suoi dati personali e sul Suo stato di salute. La raccolta dei dati è necessaria all'esecuzione delle prestazioni diagnostiche. Titolare del relativo trattamento è l'AZIENDA OSPEDALIERA OSPEDALE S.MARTINO E CLINICHE UNIVERSITARIE CONVENZIONATE. I Suoi dati potranno essere comunicati e diffusi a terzi, compresi i famigliari, solo ed esclusivamente nei limiti strettamente pertinenti agli obblighi, compiti e finalità previste nei punti 1 e 5 dell'Autorizzazione dell'Autorità Garante del 29/11/1997. I sistemi informatici da noi adottati sono idonei a tale compito. La informiamo inoltre che il mancato consenso al trattamento dei Suoi dati impedirà l'esecuzione dell'indagine diagnostica richiesta.

CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DI ESAME RM E ALL'USO DI MEZZO DI CONTRASTO PARAMAGNETICO PER VIA INIETTIVA

Dichiaro di essere stato esaurientemente informato dal mio Medico Curante o Medico del Servizio di Neuroradiologia dei rischi connessi all'uso endovenoso del MdC paramagnetico e acconsento al loro impiego qualora nel corso dell'indagine il Medico responsabile lo riterrà opportuno ai fini diagnostici. Sono stato informato dal mio Medico Curante delle controindicazioni all'esecuzione di Esame RM. Sono stato informato dal Medico Neuroradiologo che la dose sia di MdC sarà la più bassa possibile in considerazione del quesito diagnostico e del rapporto rischio-beneficio dell'esame stesso.

Per le donne in età fertile è indispensabile la consapevolezza di non essere in stato di gravidanza

IL/LA SOTTOSCRITTO/A dichiara di:

- essere stato esaurientemente informato in merito all'uso del MdC paramagnetico
- accettare che i suoi dati personali anche riguardanti lo stato di salute siano oggetto di elaborazione
- accettare che l'Azienda Ospedaliera possa comunicare a terzi i dati stessi nei limiti previsti dalla Legge.

Per effettuare l'indagine RM è necessario asportare i cosmetici dal volto e togliere lenti a contatto, apparecchi per l'udito, protesi temporanee e mobili. Si ricorda che orologi e carte magnetiche (Bancomat, VISA, Telecom, ecc.) non sono compatibili con il campo magnetico della RM.

Introdurre monete, chiavi, ganci, ecc. all'interno della RM è pericoloso e può causare guasti all'apparecchiatura medesima.

Genova,/...../.....

Timbro del Reparto Richiedente

Per presa visione
Firma del Paziente

.....

N.B.: Allegare SEMPRE a questo modulo il Questionario Preliminare all'esecuzione di indagine RM (**Mod. SM07**) da compilarsi a cura del Medico Curante.