

MODULO DI RICHIESTA DI ESAME RISONANZA MAGNETICA

COGNOME _____	NOME _____
NATO A _____	IL _____
DISTRETTO DA ESAMINARE _____	
RELAZIONE CLINICA INDICANDO LE EVENTUALI PATOLOGIE DI RILIEVO E PRECISO QUESITO CLINICO: _____ _____	

**PORTARE SEMPRE ESAMI PRECEDENTI RELATIVI AL QUESITO DIAGNOSTICO :
RX , ETG, TAC, RMN, ALTRO**

CONTROINDICAZIONI ASSOLUTE ALL'ESECUZIONE DELL'INDAGINE RM NON POSSONO EFFETTUARE L'ESAME

I Pazienti portatori di:

1. **pace-maker cardiaco;**
2. **protesi valvolari cardiache metalliche non RM-compatibili;**
3. **schegge metalliche intra-oculari o in adiacenza di strutture vascolari.**

Inoltre non possono effettuare l'esame le pazienti nel primo trimestre di gestazione. A partire dal secondo trimestre il Medico Radiologo potrà valutare, a seguito di accordo con il Medico Richiedente la prestazione, la possibilità di effettuazione dell'esame.

CONTROINDICAZIONI RELATIVE ALL'ESECUZIONE DELL'INDAGINE RM

POSSONO EFFETTUARE L'ESAME SOLO SE VIENE PRODOTTA CERTIFICAZIONE DI MAGNETO-COMPATIBILITA' DEL MATERIALE METALLICO UTILIZZATO (TALE DICHIARAZIONE DEVE ESSERE IN FORMA SCRITTA E FIRMATA DAL MEDICO DELLA STRUTTURA OVE E' STATO EFFETTUATO L'INTERVENTO)

I Pazienti portatori di:

1. **protesi, placche, viti metalliche da interventi ortopedici;**
2. **clips e punti metallici da interventi toracici e/o addominali;**
3. **clips metalliche e stent vascolari;**
4. **altro materiale metallico derivante da interventi chirurgici o incidenti.**
5. **protesi al cristallino (intervento di cataratta)**

Inoltre i pazienti portatori di tatuaggi e lenti a contatto devono informare il personale tecnico prima dell'esecuzione dell'esame.

Su base clinica ed anamnestica emergono situazioni riferibili a:

-Comprovato rischio allergico	SI (specificare _____)	NO
-Allergie ai metalli (es. nichel)	SI	NO
-Insufficienza renale	SI (dosaggio creatinemia)	NO
-Grave insufficienza epatica	SI	NO

AD ESCLUSIONE DELLE RISONANZE ARTICOLARI

A giudizio del medico esaminatore potrà essere necessario somministrare per via endovenosa sostanze paramagnetiche perché si possa ottenere il migliore risultato diagnostico nel qual caso il Paziente dovrà essere a digiuno.

Firma e timbro del Medico Richiedente/Curante

In caso di disdetta chiamare il numero Verde CUP 3 giorni prima **800098543**

QUESTIONARIO PRELIMINARE ALL'ESECUZIONE DI ESAME RISONANZA MAGNETICA

Il paziente dovrà firmare la scheda riportata di seguito a conferma di averla attentamente letta e compilata e come sua dichiarazione di consenso libero ed informato all'effettuazione dell'esame.

L'esame di risonanza magnetica non comporta l'impiego né di raggi X né di sostanze radioattive, ma utilizza campi magnetici e onde elettromagnetiche a radiofrequenza del tutto simili a quelle delle trasmissioni radiotelevisive. L'esame a cui Lei sarà sottoposto non è assolutamente doloroso né fastidioso. Dovrà solamente cercare di stare il più immobile possibile durante l'esecuzione dell'esame per garantirne la buona riuscita. Durante la maggior parte dell'esame sentirà un rumore ritmico abbastanza intenso provocato dal normale funzionamento dell'apparecchiatura. La preghiamo pertanto di rimanere tranquillo per tutta la durata dell'esame. Ricordi inoltre che in ogni momento potrà chiamare il personale addetto, che segue l'esecuzione dell'esame dalla sala comandi.

Per effettuare l'esame RM occorre:

- togliere orologio, carte di credito o altre schede magnetiche, telefono cellulare;
- togliere eventuali lenti a contatto, apparecchi per l'udito, dentiera, corone temporanee mobili, cinta sanitaria;
- togliere piercing, fermagli per capelli, mollette, occhiali, gioielli, coltelli tascabili, ferma-soldi, monete, chiavi, ganci, automatici, bottoni metallici, spille, vestiti con lampo, pinzette metalliche, punti metallici (ad es. applicati agli indumenti in tintoria), limette, forbici e altri eventuali oggetti metallici; asportare cosmetici dal volto.

Soffre di claustrofobia?	SI	NO
Ha mai lavorato come saldatore, tornitore, carrozziere?	SI	NO
Ha mai subito incidenti stradali, incidenti di caccia?	SI	NO
E' stato vittima di traumi da esplosioni?	SI	NO
E' in stato di gravidanza?	SI	NO

Ha subito interventi chirurgici su:

testa	addome
collo	estremità
torace	altro.....

E' portatore di :

- schegge o frammenti metallici? (se presenti portare RX della regione interessata)	SI	NO
- clips su aneurismi, vasi, aorta, cervello o addominali (colecisti ecc.)?	SI	NO
- valvole cardiache?	SI	NO
- distrattori della colonna vertebrale?	SI	NO
- pompa di infusione per insulina o altri farmaci?	SI	NO
- pace-maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci?	SI	NO
- corpi metallici nelle orecchie o impianti per udito?	SI	NO
- neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali?	SI	NO
- corpi intrauterini?	SI	NO
- derivazione spinale o ventricolare?	SI	NO
- protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari) viti, chiodi, filo etc.?	SI	NO
(in caso affermativo specificare la localizzazione) _____		
- protesi dentarie fisse o mobili?	SI	NO
- protesi del cristallino (intervento di cataratta) ?	SI	NO
- tatuaggio colorato?	SI	NO
- piercing?	SI	NO

CONVALIDA DEL MEDICO RESPONSABILE DELL'ESECUZIONE DELL'ESAME

DATA

FIRMA DEL PAZIENTE O DEL
GENITORE TUTORE IN CASO DI
MINORE

FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO
RADIOLOGO

CONSENSO ALL'ESECUZIONE DELL'ESAME

Io sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Genitore/Tutore di (compilare in caso di minore) _____

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
