



Presidio Ospedaliero _____

U.O Radiologia Agrigento - Canicattì - Licata

Direttore Dott. Angelo Trigona

MOD 3

QUESTIONARIO

L'esame di Risonanza Magnetica è, secondo le conoscenze attuali, innocuo per l'organismo umano.

Tuttavia:

- a) in alcuni casi può provocare effetti indesiderati e **non può quindi essere eseguito (gruppo A)**
- b) in altri casi può essere eseguito tranquillamente solo dopo valutazione medica e con alcune avvertenze (gruppo B)

Pertanto allo scopo di individuare eventuali situazioni a rischio e garantire la più totale sicurezza è necessario compilare il questionario che segue.

GRUPPO "A" (RM **NON** ESEGUIBILE)

E' portatore di	pace maker o defibrillatore interno	SI	NO
"	protesi cocleari (orecchio interno)	SI	NO
"	neurostimolatori o stimolanti di crescita ossea	SI	NO
"	protesi oculari magnetiche	SI	NO

GRUPPO "B" (NECESSARIA VALUTAZIONE MEDICA O AVVERTENZE)

E' portatore di	clips vascolari cerebrali (aneurisma) *	SI	NO
"	protesi o viti ortopediche	SI	NO
"	protesi al cristallino	SI	NO
"	protesi otologiche (orecchio medio) *	SI	NO
"	espansori mammari	SI	NO
"	protesi valvolari cardiache *	SI	NO
"	protesi peniene *	SI	NO
"	impianti oculari (molle palpebrali, punti retinici) *	SI	NO
"	punti metallici da pregresso intervento	SI	NO
"	schegge metalliche, proiettili	SI	NO
"	frammenti metallici intraoculari	SI	NO
"	cateteri di derivazione spinale o ventricolare *	SI	NO
"	cateteri di Swan-Ganz		
	(monitoraggio pressione arteriosa polmonare)	SI	NO
"	filtri vascolari o stent	SI	NO
"	spirale intrauterina(IUD) e diaframma contraccettivo *	SI	NO
"	tatuaggi estesi	SI	NO
"	pompe di infusione di insulina o altri farmaci *	SI	NO
E' in gravidanza o presume di esserlo		SI	NO
Soffre di anemia falciforme, asma o allergie		SI	NO
Ha recentemente eseguito esame con videocapsula		SI	NO
Soffre di claustrofobia		SI	NO

* In caso di risposta affermativa è necessario fornire documentazione di compatibilità magnetica da parte della Struttura che ha effettuato l'intervento

CONSENSO

Si prega di firmare questa dichiarazione di consenso all'esecuzione dell'esame (eventualmente anche mediante la somministrazione endovenosa di sostanze paramagnetiche in caso di necessità) confermando di aver letto il documento in ogni sua parte e compilato attentamente il questionario

DATA _____

Firma del Medico

Nome e Cognome del Paziente e/o dell'eventuale accompagnatore

(N.B. Se il paziente è minore di anni 18 il consenso deve essere rilasciato da un genitore o da una persona esercitante la potestà



Presidio Ospedaliero _____

U.O Radiologia Agrigento - Canicattì - Licata

Direttore Dott. Angelo Trigona

MOD 4

MODULO PER PROPOSTA DI INDAGINE DI RISONANZA MAGNETICA

(da compilare a cura del Medico Curante, correggendo le parti sottolineate e barrando ove necessario)

Sig. _____ Tessera Sanitaria n. _____

Residente/Degente _____

Nato il _____ N° Tel. del domicilio _____

Peso _____ Kg. TRASPORTABILITÀ: Autonomo ☐ Seggetta ☐ Barella ☐ Letto ☐

QUESITO DIAGNOSTICO: _____

DISTRETTO DIAGNOSTICO: _____

N.B. Si prega di rispondere a tutte le domande indicate e di far firmare al paziente il modulo di informazione e consenso all'esecuzione dell'esame. La mancata ottemperanza comporterà la nullità della richiesta.

- ⇒ Poiché le seguenti **condizioni costituiscono divieto tassativo** all'esecuzione dell'indagine RM, SI DICHIARA CHE il paziente:
- ⇒ **NON è** portatore di Pace Maker o dispositivi endocorporei ad attivazione magnetica (es. elettrodi, neurostimolatori)
- ⇒ **NON è** portatore di protesi ferromagnetiche o di non accertabile compatibilità con i campi magnetici posizionate in sede endocranica, endoorbitaria, endovascolare o suscettibili di mobilità passiva;
- ⇒ Poiché in presenza di **elementi endocorporei metallici** l'indagine RM sarà eseguibile solo previa valutazione dei rischi che la stessa può comportare, si deve dichiararne l'eventuale presenza e la conseguente compatibilità con i campi magnetici di elevata intensità:

PRESENZA: No ☐ Si ☐ **DICHIARAZIONE DI COMPATIBILITA'** _____

⇒ per ragioni cliniche non è autorizzato l'impiego del mezzo di contrasto **Si** ☐

N.B. Il Medico richiedente deve contattare il Servizio Radiologico nelle condizioni seguenti:

- 1) Claustrofobia
- 2) Stato di Gravidanza
- 3) epilessia (per indagini rivolte all'accertamento di altra patologia)
- 4) contraccettivi intrauterini (IUD)

Data _____

IL MEDICO _____

(firma leggibile per esteso)