

SCHEDA INFORMATIVA PER I PAZIENTI

Cognome _____	Nome _____
Luogo e data di nascita _____	Peso _____
Medico curante richiedente _____	Esame richiesto _____
Motivo dell'indagine _____	

Gentile Signore/a,

l'esame cui Lei verrà sottoposto/a viene effettuato senza l'impiego di raggi X. Vengono utilizzati solamente un forte campo magnetico ed onde a radiofrequenza del tutto analoghe a quelle delle trasmissioni radiotelevisive.

L'esame che Lei effettuerà non è doloroso né fastidioso. Lei dovrà solo mantenere per un certo tempo il migliore grado possibile di immobilità sul lettino, per consentire informazioni diagnostiche della migliore qualità.

Durante l'esame sentirà un rumore ritmico, che dipende dal normale funzionamento dell'apparecchiatura. Le condizioni di illuminazione e di ventilazione sono regolate per assicurare il massimo confort.

La preghiamo quindi di restare tranquillo/a durante tutta la durata dell'esame che può ampiamente variare secondo il tipo di indagine necessaria.

Nella stessa sala diagnostica è comunque sempre presente il nostro personale, a Sua disposizione per qualsiasi necessità.

QUESTIONARIO PRELIMINARE ALL'ESECUZIONE DI UN ESAME DI RISONANZA MAGNETICA

Data la presenza di un alto campo magnetico è vietato l'accesso a persone portatrici di impianti od oggetti non compatibili con il campo magnetico. A questo fine si prega di leggere **attentamente** e riempire il seguente questionario.

Ha eseguito in precedenza esami RM ?	SI	NO
Ha avuto reazioni allergiche dopo mezzo di contrasto RM ?	SI	NO
Soffre di claustrofobia?	SI	NO
Ha mai lavorato (o lavora) 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
Data dell'ultimo ciclo mestruale:		

E' a conoscenza di avere uno o più dei seguenti dispositivi medici o corpi metallici all'interno del corpo?	SI	NO
--	----	----

Se si, specificare:

Schegge o frammenti metallici?	SI	NO
Clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello?	SI	NO
Valvole cardiache?	SI	NO
Stents ?	SI	NO
Defibrillatori impiantati ?	SI	NO
Distrattori della colonna vertebrale?	SI	NO
Pompa di infusione per insulina o altri farmaci?	SI	NO
Pace-Maker cardiaco ?	SI	NO
Corpi metallici nelle orecchie o impianti per udito?	SI	NO
Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o Subdurali?	SI	NO
Altri tipi di stimolatori ?	SI	NO
Corpi intrauterini?	SI	NO
Derivazione spinale o ventricolare?	SI	NO
Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, etc) viti, chiodi, filo, etc?	SI	NO
Altre protesi ?	SI	NO
Localizzazione _____		
Protesi dentarie fisse o mobili?	SI	NO

Ritiene di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe NON esserne a conoscenza? SI NO

Ha subito interventi chirurgici su:

testa _____ addome _____ torace _____
collo _____ estremità _____ altri _____

Informazioni supplementari:

E' portatore di lenti intraoculari ?	SI	NO
E' portatore di pearcing?	SI	NO
Localizzazione _____		
Presenta tatuaggi?	SI	NO
Localizzazione _____		

Per effettuare l'esame occorre togliere:

eventuali lenti a contatto – apparecchi per l'udito – dentiera – corone temporanee mobili – cinta sanitaria – fermagli per capelli – mollette – occhiali – gioielli – orologi – carte di credito o altre schede magnetiche – coltelli tascabili – ferma soldi – monete – chiavi – ganci – automatici – bottoni metallici – spille – vestiti con lampo – pinzette metalliche – punti metallici (ad esempio applicati agli indumenti in tintoria) – limette – forbici – ed altri eventuali oggetti metallici;

→ Prima di sottoporsi all'esame si prega di asportare cosmetici dal volto.

Il Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Avute tutte le informazioni necessarie, acconsento di essere sottoposto all'esame di RMN richiesto dal Medico curante.

DATA _____ FIRMA DEL PAZIENTE PER CONFERMA DELL'INFORMAZIONE RICEVUTA _____

FIRMA DEL TECNICO ESECUTORE DELL'ESAME _____

PRESA IN CARICO

In data _____ Ricevo dal sig./ra _____
la seguente documentazione iconografica ed i relativi referti dei precedenti esami:

Data _____ Firma del Tecnico _____

CONSEGNA

Il/La sottoscritto/a Sig./ra _____ dichiara di aver ritirato in data odierna la documentazione iconografica ed i relativi referti consegnati alla Figebo al momento dell'esecuzione dell'esame.

Data _____ Firma del paziente o Suo delegato _____