

MODULO DI ANAMNESI E CONSENSO INFORMATO PER ESAME DI RISONANZA MAGNETICA

Questionario somministrato da
(Indicare Nome, Cognome e qualifica professionale del membro dell'EQUIPE RM)

Dati del paziente

Cognome Nome
Data e luogo di nascita Peso (Kg)
Residenza Recapito Tel.
Indagine richiesta
Reparto/Medico richiedente l'esame RM

NOTA INFORMATIVA Risonanza Magnetica

Gentile Signora, Egregio Signore,

Le è stato consigliato di sottoporsi ad esame di Risonanza Magnetica, indagine con la quale il medico potrà avere notizie utili, e non ottenibili con altre metodiche, per la diagnosi e la cura del Suo problema clinico. Nel questionario, Le vengono poste domande sul Suo stato di salute, in modo da garantire l'espletamento dell'esame RM in condizioni di sicurezza. Le raccomandiamo di rispondere alle domande con la massima attenzione, e di chiedere eventualmente il supporto da parte del personale del Servizio di Radiologia nel caso si trovasse in dubbio o difficoltà.

Lo scopo del questionario è riconoscere i rischi specifici dell'esame di RM legati al campo magnetico dell'apparecchiatura; la Risonanza Magnetica infatti non utilizza radiazioni ionizzanti (raggi x) come avviene per le radiografie e la TAC ma impiega un intenso campo magnetico che esercita (come una calamita) forze attrattive sui materiali ferro-magnetici che lei può avere con sé o nel suo corpo. Quali ad esempio, protesi chirurgiche, pace-maker, schegge metalliche, spirali intrauterine, o simili. Ecco perché Le viene chiesto di informare il personale in merito a tali oggetti.

Durante l'esame, non avvertirà alcun dolore o fastidio.

Nel caso di esami su donne in stato di gravidanza accertata o presunta, particolare attenzione è rivolta alla giustificazione, in particolare in regime di urgenza, e all'ottimizzazione dell'esame RM, nei confronti e tenendo conto sia della paziente che del nascituro.

E' importante che Lei resti quanto più possibile ferma/o, respirando regolarmente, nel corso dell'esame, che può durare dai 20 ai 55 minuti, a seconda della complessità dell'indagine da effettuare.

L'impiego del mezzo di contrasto a base di sostanze paramagnetiche è generalmente ben tollerato e non provoca alcuna sensazione particolare. Raramente possono comunque verificarsi episodi di ipersensibilità come orticaria o altri fenomeni allergici. In casi rarissimi sono stati riportati episodi di shock anafilattico. Il sito RM garantisce sempre la presenza di personale medico specializzato pronto ad intervenire in caso di emergenze mediche di tale genere.

Il paziente è sempre in contatto vocale, acustico e visivo con gli operatori, che eseguono un controllo costante durante tutta la fase di esame. In caso di insorgenza di disturbi, come sensazione di claustrofobia, calore, prurito, affanno, palpitations o svenimento, è opportuno che il paziente avverta quanto prima il Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame RM, utilizzando gli appositi dispositivi di segnalazione.

I pazienti possono essere sottoposti all'esame RM solo previa esclusione di ogni possibile controindicazione all'esame RM, da accertarsi a cura del Medico Responsabile della prestazione diagnostica (MRP), previa compilazione dell'apposito questionario anamnestico e del modulo di consenso informato.

L'apparecchio di Risonanza Magnetica in funzione presso il Sanatorio Triestino è un Tomografo MRI super conduttore ad alto campo (Voyager-Signa 1,5T), a foro ampio; l'illuminazione e la ventilazione garantiscono condizioni adeguate ad una permanenza sicura e confortevole. Durante l'esecuzione dell'esame sono udibili dei rumori ritmici, di intensità variabile, provocati dal normale funzionamento dell'apparecchiatura RM.

PER EFFETTUARE L'ESAME NELLA MASSIMA SICUREZZA, OCCORRE:

1) Togliere tutti gli oggetti metallici (fermagli per capelli, occhiali, orecchini, spille, bracciali o altri gioielli, penne, orologi, chiavi, carte di credito o comunque tessere/supporti magnetici, dispositivi elettronici come telefoni cellulari, monete).

2) Togliere le protesi mobili (apparecchi per l'udito, dentiera o protesi rimovibili, corone temporanee, cintura sanitaria, piercing, cerotti medicali etc...) e biancheria contenente componenti metalliche (gancetti, clips, bottoni, spille, brillantini ferromagnetici etc..).
Togliere collant e capi di vestiario sintetici.

3) Togliere lenti a contatto o occhiali.

4) Presentarsi con la pelle ben pulita ed asciutta, senza trucco viso/occhi o residui di creme. Rimuovere eventuali "glitter" da smalto unghie e lacca dai capelli

Nello spogliatoio si spogli e, successivamente, indossi l'apposito camice monouso fornito dal personale di servizio. Utilizzi la cuffia o gli appositi tappi auricolari che le verranno forniti prima dell'inizio dell'esame.

Attenzione: l'esame può rovinare i tatuaggi, contenenti componenti metalliche nell'inchiostro, eventualmente presenti sulla pelle.

Cortesemente, il giorno dell'esame, ricordi di portare con sé tutta la documentazione precedente, inerente al distretto anatomico/problematica che si va ad indagare.

Il personale è comunque a Sua disposizione per chiarire eventuali dubbi e per rispondere ad ulteriori domande rispetto al contenuto della breve nota di cui sopra; nel caso, ricordiamo di contattarlo senza indugi prima di sottoporsi all'indagine.

Grazie per la cortese collaborazione.

Firma del paziente* _____

*in caso di paziente minorenne è necessaria la firma di un genitore o di chi ne fa le veci

Questionario preliminare all'esecuzione dalla Risonanza Magnetica

Il questionario anamnestico ha lo scopo di accertare l'assenza di controindicazioni all'esame RM o la non pertinenza di specifici approfondimenti preventivi. Tale questionario deve essere attentamente compilato dall'equipe RM e firmato dal Medico Responsabile della Prestazione Diagnostica, il quale, in relazione alle risposte fornite dal paziente, può concludere che non sussistano controindicazioni all'esame RM. La controfirma del paziente a piè della medesima pagina, in calce alla formula del consenso, garantisce – fra le altre, anche la sua piena consapevolezza delle gravi conseguenze che possono rivestire risposte falsi o mendaci ai quesiti sottostigli.

L'esame di Risonanza Magnetica Nucleare è basato sull'impiego di un campo magnetico e di radiofrequenze; esso non è dannoso per l'organismo umano. E' comunque necessaria la conoscenza preliminare di alcuni fattori che potrebbero rivelarsi dannosi per la salute del paziente.

La preghiamo pertanto di rispondere ai seguenti quesiti, con la massima attenzione:

Ha eseguito in precedenza esami RM se si indicare distretto anatomico	SI	NO
Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere	SI	NO
Ha mai subito incidenti stradali o di caccia	SI	NO
E' stato vittima di traumi da esplosione	SI	NO
E' in stato di gravidanza certa o presunta	SI	NO
Per le Donne indicare data ultime mestruazioni	data	
Soffre di claustrofobia	SI	NO
Ha mai avuto reazioni allergiche al mezzo di contrasto	SI	NO
Se SI specificare tipologia reazione a farmaco	SI	NO
Se ha subito interventi chirurgici specificare distretto anatomico/anno intervento	SI	NO
Se si su testa <input type="checkbox"/> collo <input type="checkbox"/> torace <input type="checkbox"/> addome <input type="checkbox"/> estremità <input type="checkbox"/> altro		

E' portatore/portatrice di:

Pace-maker cardiaco o altri defibrillatori impiantati o altri cateteri cardiaci	SI	NO
Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, ecc..) come viti, chiodi, fili ...	SI	NO
Altre protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe non essere a conoscenza - Localizzazione.....	SI	NO
Clips (punti metallici) su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello	SI	NO
Valvole cardiache	SI	NO
Stents o protesi vascolari o viscerali (esofago, vie biliari, etc..)	SI	NO
Distrattori (protesi) della colonna vertebrale	SI	NO
Pompa di infusione per insulina o altri farmaci	SI	NO
Corpi metallici nelle orecchie o impianti per l'udito o in altre parti del corpo	SI	NO
Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali	SI	NO
Catetere spinale o ventricolare (in pazienti affetti da idrocefalo)	SI	NO
Spirali Intrauterine	SI	NO
Protesi dentarie fisse o mobili (specificare:	SI	NO
Protesi del cristallino	SI	NO
Lenti a contatto	SI	NO
Piercing o tatuaggi	SI	NO
Localizzazione.....		
Cerotti trans dermici medicali	SI	NO
Schegge o frammenti metallici presenti in parti del corpo	SI	NO
Attualmente sta allattando	SI	NO
E' a conoscenza di essere affetto da anemia falciforme	SI	NO

Per effettuare l'esame RM occorre rimuovere:

eventuali lenti a contatto - apparecchi per l'udito - dentiera - corone temporanee mobili - cinto erniaria - 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 - calze di nylon - indumenti in acrilico - pinzette metalliche - limette - punti metallici - forbici - altri eventuali oggetti metallici.

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

Il Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame RM (*)

preso atto delle risposte fornite dal paziente ed espletata l'eventuale visita medica e/o ulteriori indagini diagnostiche preliminari

autorizza l'esecuzione dell'indagine RM

Firma del Medico

Data

.....

.....

Consenso informato all'esame RM

Il paziente ritiene di essere stato sufficientemente informato sui rischi e sulle controindicazioni legate all'esposizione ai campi elettromagnetici generati dall'apparecchiatura RM. Pertanto, consapevole dell'importanza delle risposte fornite, acconsente l'esecuzione dell'esame.

Firma del paziente (**)

Data

.....

.....

Consenso informato alla somministrazione di mezzo di contrasto

Il paziente si ritiene sufficientemente informato sui rischi legati alla somministrazione del mezzo di contrasto. Pertanto, reso edotto dal Medico Responsabile della prestazione diagnostica della valutazione dei benefici diagnostici e dei rischi correlati, ne acconsente la somministrazione.

Firma del paziente (**)

Data

.....

.....

(*) Il questionario a firma del Medico Responsabile della prestazione diagnostica ed i consensi informati legati sia all'esecuzione dell'indagine RM che alla somministrazione del mezzo di contrasto a firma del paziente devono essere necessariamente apposti su un unico foglio, anche eventualmente in modalità fronte/retro. Si raccomanda poi, se del caso, di prevedere consecutivamente (sullo stesso foglio o su un modello a parte) eventuali ulteriori consensi a firma del paziente, realizzati nelle modalità analoghe a quelle qui riportate a mero titolo di esempio.

(**) In caso di paziente minorenne è necessaria la firma di un genitore o di chi ne fa le veci.

Ulteriori consensi informati

Consenso informato relativo a _____

(Inserire una nota esplicativa sui rischi legati alla specifica procedura)

Il paziente si ritiene sufficientemente informato sui rischi legati a _____
Pertanto, reso edotto dal Medico Responsabile della prestazione diagnostica della valutazione dei benefici diagnostici e dei rischi correlati, dà il proprio consenso.

Firma del paziente (**)

Data

.....

.....