

COGNOME _____ NOME _____

NATO/A A _____ IL _____ PESO _____

Questionario preliminare all'esecuzione della Risonanza Magnetica

L'esame di RM nucleare è basato sull'impiego di un campo magnetico e di radiofrequenze; esso non è dannoso per l'organismo umano. È 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

Il Medico Responsabile dell'esame RM, preso atto delle risposte fornite dal paziente ed espletata l'eventuale visita medica e/o ulteriori indagini diagnostiche preliminari **AUTORIZZAZIONE DELL'INDAGINE RM**

Firma del Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame RM _____

Dichiaro di avere risposto al questionario in maniera precisa e veritiera e di essere stato adeguatamente informato; presa visione della nota informativa, esprimo il mio consenso informato e consapevole all'esecuzione dell'esame.

Firma del paziente* _____ Trieste, _____

Casa di Cura SANATORIO TRIESTINO SpA – Via Domenico Rossetti, 62 – 34141 Trieste (TS) – Tel.0409409511

Capitale Sociale Euro 1.240.000 – Codice Fiscale e n.Iscrizione Reg.Imprese 00130810328

P. IVA 03831150366 - REA TS 11540

Società soggetta ad attività di direzione e coordinamento di GHC S.p.A.

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.

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'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.

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) 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

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