



RADIOLOGIA-RÖNTGENINSTITUT

Dott. PAOLO BONVICINI Sas-Ohg

Radiologia - Ecografia - Risonanza magnetica
TC Dentscan – Densitometria ossea (Dexa)
Röntgen – Ultraschall - Magnetresonanz
CT Dentscan – Knochendensitometrie (Dexa)

**Via M. Pacher - Str. 12
39100 Bolzano-Bozen**

Tel: 0471-442710 Fax: 0471-442720

E-mail: accettazione.radiologia@cdcbonvicini.com



MR 20 Ver.10, del 09/06/2017

MODULO INFORMATIVO, QUESTIONARIO ANAMNESTICO E CONSENSO INFORMATO

Nota informativa relativa all'esame RM:

La risonanza magnetica è una tecnica di indagine diagnostica che utilizza un campo magnetico e onde di radiofrequenza. In alcuni casi può essere necessaria la somministrazione di un mezzo di contrasto, generalmente ben tollerato (sostanze con proprietà paramagnetiche). In caso di reazione avversa la struttura garantisce l'adeguata assistenza medica.

L'esame RM non comporta rischi biologici rilevanti in assenza di controindicazioni e viene svolto in accordo alle norme e agli standard di sicurezza. È comunque prudente e sconsigliabile effettuare l'indagine nel primo trimestre di gravidanza.

Nel corso dell'esame RM è molto rara l'insorgenza di reazioni avverse come, senso di surriscaldamento in alcune parti del corpo, contrazione involontaria o la sensazione di pulsazione in alcuni muscoli.

Esecuzione dell'esame:

I pazienti possono essere sottoposti all'esame RM solo previa completa esclusione di tutte le controindicazioni presenti nel questionario anamnestico e nel modulo di consenso informato precedentemente compilato.

Per effettuare l'esame il paziente deve togliere eventuale trucco, tutti gli oggetti metallici o ferromagnetici, protesi dentarie e apparecchi per l'udito, lenti a contatto e occhiali, spogliarsi ed indossare l'apposito camice monouso e indossare le cuffie o i tappi per le orecchie, forniti dagli operatori.

La durata media dell'esame è di circa 30 minuti. Durante l'acquisizione delle immagini sarà presente un forte rumore dovuto alla particolarità tecnica dell'apparecchiatura RM ed è necessario mantenere l'immobilità. In alcune modalità d'esame è prevista, ove possibile, la collaborazione del paziente.

Il paziente è sempre in contatto vocale con gli operatori sempre presenti in sala comando. In caso di insorgenza di sintomi avversi o malori di qualsiasi genere è opportuno avvertire quanto prima il personale.

COGNOME: _____ NOME: _____

DATA DI NASCITA: _____ ALTEZZA: _____ PESO: _____

Questionario anamnestico

Esso ha lo scopo di accertare l'assenza di controindicazioni all'esame RM e deve essere compilato prima dell'indagine. Risposte affermative ad uno o più quesiti possono comportare l'impossibilità di esecuzione dell'esame.

- | | | |
|---|----|----|
| • Ha già eseguito esami RM? | SI | NO |
| • Ha avuto reazioni allergiche al mezzo di contrasto per RM? | SI | NO |
| • Soffre di claustrofobia? | SI | NO |
| • Ha mai lavorato come saldatore, tornitore o carrozziere? | SI | NO |
| • Ha mai subito traumi da esplosioni, incidenti di caccia o stradali? | SI | NO |
| • È in stato di gravidanza? | SI | NO |
| • Ha subito interventi chirurgici? | SI | NO |
| Se SI quali? _____ | | |
| • È portatore di: | | |
| Pace-maker, valvole cardiache, Stents, defibrillatori impiantati | SI | NO |
| Schegge o frammenti metallici | SI | NO |
| Sistemi bioelettrici (pompe farmacologiche e neuro stimolatori) | SI | NO |
| Clips Vascolari | SI | NO |
| Apparecchi acustici o impianti uditivi | SI | NO |
| Cataratta o protesi del cristallino | SI | NO |
| Protesi dentarie o impianti dentari | SI | NO |
| Spirale o IUD | SI | NO |
| • È affetto da anemia falciforme. (Malattia genetica del sangue) | SI | NO |
| • È portatore di piercing o tatuaggi? | SI | NO |

Per effettuare l'esame occorre togliere: trucco, lenti a contatto, apparecchi acustici, protesi dentarie, fermagli, occhiali, gioielli, orologi, portafogli, carte magnetiche, chiavi, eventuali oggetti metallici. Indossare le cuffie o inserire i tappi per le orecchie.

Preso atto delle risposte fornite dal paziente ed espletata l'eventuale visita medica

AUTORIZZA l' esecuzione dell'esame RM

Firma del Medico Responsabile

Data

IL PAZIENTE

Ritiene di essere stato sufficientemente informato sui rischi e le controindicazioni dell'esame RM e di aver collaborato alla compilazione del questionario, ed acconsente all'esecuzione dell'esame RM.

Firma del paziente (*)

Data

(*) In caso di paziente minorenne è necessaria la firma di entrambi i genitori o di chi ne fa le veci

**MODULO DI CONSENSO INFORMATO
ALL'USO DI MEZZO DI CONTRASTO (MDC) IN R.M.**

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ Il _____

è perfettamente in grado di intendere e di volere dichiara di:

Essere stato/a esaurientemente informato/a circa l'indicazione clinica, l'utilità, le modalità di esecuzione, tutte le possibili reazioni avverse e i fattori di rischio degli accertamenti clinici e diagnostici mediante RM a cui Sarò sottoposto.

Il/ la sottoscritto/a in particolare prende atto che:

- L'esame RM nelle pazienti, durante i primi 3 mesi di gravidanza è sconsigliato, tranne nei casi di effettiva necessità.
- La somministrazione del mezzo di contrasto per via endovenosa è parte dell'esame RM e, in alcuni casi, è indispensabile per una corretta diagnosi. Non deve essere somministrato alle donne incinte e quindi, le pazienti devono comunicare al Medico Responsabile lo stato di gravidanza o allattamento.
- La somministrazione del mezzo di contrasto può comportare alcuni lievi effetti collaterali (calore, rossore, nausea, vomito, cefalea, eruzioni cutanee, prurito) che si risolvono spontaneamente o con una leggera terapia farmacologica. In rari casi di insufficienza renale, l'uso di m.d.c. può provocare NSF (fibrosi sistemica nefrogenica). Solo in casi di effettiva necessità si procederà alla somministrazione.
- L'impiego di mezzo di contrasto può, in rarissimi casi, portare a shock anafilattico, quindi è necessario comunicare eventuali allergie.
- Un medico esperto in indagini RM sempre presente durante l'esecuzione degli esami e un medico rianimatore è sempre reperibile nella struttura.
- Ogni eventuale chiarimento può essere richiesto al personale medico e paramedico del sito.
 - **Il/La sottoscritto/a, informato/a sulle controindicazioni all'esame RM, acconsente all'esecuzione dello stesso** **SI** **NO**
 - **Il/La sottoscritto/a, informato/a sui rischi connessi all'uso del mezzo di contrasto acconsente alla somministrazione** **SI** **NO**
 - **Il/La sottoscritto/a, informato/a dei rischi connessi ad anestesia o a sedazione profonda acconsente all'esecuzione** **SI** **NO**

Data _____

Firma del Medico Responsabile

Firma del paziente (*)

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



RADIOLOGIA-RÖNTGENINSTITUT

Dott. PAOLO BONVICINI Sas-Ohg

Radiologia - Ecografia - Risonanza magnetica
TC Dentalscan – Densitometria ossea (Dexa)
Röntgen – Ultraschall - Magnetresonanz
CT Dentalscan – Knochendensitometrie (Dexa)



Via M. Pacher - Str. 12
39100 Bolzano-Bozen

Tel: 0471-442710 Fax: 0471-442720

E-mail: accettazione.radiologia@cdcbonvicini.com

MR 20 Vers. 10, del 09/6/2017

INFORMATIONSBLATT, ANAMNESE FRAGEBOGEN UND ZUSTIMMUNG

Informationen über die MRT-Untersuchung

Die Magnetresonanztomographie ist eine diagnostische Untersuchung die durch ein magnetisches Feld und durch Radiofrequenzwellen realisiert wird. In manchen Fällen ist die Verabreichung eines Kontrastmittels (Substanz mit paramagnetischen Eigenschaften) von Nöten, welches normalerweise sehr gut vom Körper toleriert wird. In Fällen von Unverträglichkeitsreaktionen wird die sachgemäße Betreuung durch die medizinischen Assistenten vor Ort garantiert.

Die MRT-Untersuchung beinhaltet keine relevanten biologischen Risiken bei Fehlen von Kontraindikationen und wird mit Beachtung der Sicherheitsnormen und Sicherheitsstandards durchgeführt. Es ist allerdings nicht ratsam die Untersuchung im ersten Trimester einer Schwangerschaft durchzuführen.

Das Auftreten von Unverträglichkeitsreaktionen ist während der MRT-Untersuchung sehr selten wie, Erwärmungsgefühl, unwillkürliche Kontraktionen und Pulsationsgefühle einiger Muskeln.

Durchführung der MRT-Untersuchung

Die Patienten können nur zur MRT-Untersuchung zugelassen werden, wenn alle möglichen Kontraindikationen durch die Beantwortung des weiter unten beigefügten Anamnese Fragebogens ausgeschlossen werden konnten.

Für die Untersuchung muss der/die Patient/in ungeschminkt erscheinen, alle metallischen oder ferromagnetischen Gegenstände, Zahnprothesen, Hörgeräte, Linsen oder Brillen müssen abgelegt werden. Der/Die Patient/in muss sich ausziehen und bekommt von den Technikern einen Einwegkittel und Kopfhörer oder Ohrstöpseln bereitgestellt.

Die durchschnittliche Dauer der Untersuchung beträgt circa 30 Minuten. Während der Bilderhebung sind laute Geräusche zu hören, die mit der speziellen Technik des MRT-Gerätes zusammenhängen. Es ist wichtig während der Untersuchung ruhig zu bleiben und sich nicht zu bewegen. In manchen Untersuchungsschritten ist es nötig, dass der/die Patient/in wenn möglich mit dem Techniker-Team kooperiert.

Der/Die Patient/in ist in ständigem Sprachkontakt mit den ausführenden Technikern. In Fällen des Auftretens von um erwarteten Symptomen oder Beschwerden jeglicher Art ist es wichtig sich sofort an das Personal zu wenden.

NACHNAME: _____ VORNAME: _____

GEBURTSDATUM : _____ GRÖSSE: _____ GEWICHT: _____

Anamnese Fragebogen

Dieser Fragebogen hat die Aufgabe mögliche Kontraindikationen für die MRT-Untersuchung auszuschließen und muss vor der Untersuchung ausgefüllt werden.

- | | | |
|--|----|------|
| • Haben Sie schon einmal eine MRT-Untersuchung durchgeführt? | JA | NEIN |
| • Haben Sie schon einmal allergische Reaktionen auf Kontrastmittel für MRT-Untersuchungen gezeigt? | JA | NEIN |
| • Leiden Sie an Klaustrophobie / Platzangst? | JA | NEIN |
| • Haben Sie jemals als Schweißer, Dreher oder Karrosseriebauer gearbeitet? | JA | NEIN |
| • Sind Sie schwanger | JA | NEIN |
| • Haben sie sich jemals einem chirurgischen Eingriff unterzogen?
Wenn Ja welchem? _____ | JA | NEIN |
| • Sind Sie Träger von:
Schrittmacher, Herzklappen, Stents, cardialer Defibrillator | JA | NEIN |
| Splitter oder metallische Objekte | JA | NEIN |
| Bioelektrischen Systemen (Pharmakologische Pumpen,
oder Neurostimulatoren) | JA | NEIN |
| Gefäßclips | JA | NEIN |
| Akustische Geräte, Hörgeräte | JA | NEIN |
| Katarakt oder Linsenprothesen | JA | NEIN |
| Zahnprothesen oder Zahnimplantate | JA | NEIN |
| Metallischen Prothesen (Fixateur der Wirbelsäule, Schrauben
Nägel, Drähten etc.) | JA | NEIN |
| Spiralen oder IUD | JA | NEIN |
| • Leiden Sie an Sichelzellenanämie? (genetische Krankheit des Blutes) | JA | NEIN |
| • Sind Sie Träger von Piercings oder Tatoos? | JA | NEIN |

Um die Untersuchung durchzuführen müssen Sie folgende Gegenstände ablegen:
Schminke - Kontaktlinsen - Hörgeräte - Zahnprothesen - Spangen - Brillen - Schmuck - Uhren -
Brieftaschen / Geldbörsen - Magnetkarten - Schlüssel - andere bekannte metallische Objekte.
Ohrschutz (Kopfhörer oder Ohrstöpsel) anziehen.

DER VERANTWORTLICHE ARZT FÜR DIE UNTERSUCHUNG

Ist in Kenntnis über die Antworten des Patienten und schließt eine eventuelle medizinische Visite aus und **AUTORISIERT** damit die Durchführung der MR-Untersuchung

Unterschrift des verantwortlichen Arztes

Datum

DER PATIENT

Bestätigt, dass er genügend und angemessen über die Risiken und Kontraindikationen der MRT-Untersuchung aufgeklärt wurde, den Fragebogen gewissenhaft und in bestem Wissen ausgefüllt hat und mit der Ausführung der Untersuchung einverstanden ist.

Unterschrift des Patienten (*)

Datum

(*) Bei minderjährigen Patienten ist die Unterschrift beider Elternteilen oder eines Erziehungsberechtigten Pflicht.

**INFORMATIONSEINWILLIGUNG FÜR DIE INJEKTION VON KONTRAST
MITTEL BEI DER RM UNTERSUSCHUNG**

Der/Die Unterzeichnende _____

geboren in _____ am _____ hat vollständig verstanden

und ist bereit zu erklären dass,

er/sie ausreichend informiert wurde über die klinischen Anweisungen, den Vorteilen und der Art und Weise der Untersuchung, den möglichen Unverträglichkeitsreaktionen und den Risikofaktoren der Klinisch diagnostischen MRT-Untersuchung, die bei ihm/ihr vollzogen wird.

Der/Die Unterzeichnende hat außerdem verstanden, dass

- Nicht dazu geraten wird, während der ersten drei Monate der Schwangerschaft eine Untersuchung durchzuführen, außer in Fällen extremer Dringlichkeit und Schwere.
- Die intravenöse Verabreichung von Kontrastmittel ist Teil der Untersuchung und in manchen Fällen unersetzlich für eine korrekte Diagnosestellung. Die Verabreichung darf nicht bei Frauen während der Schwangerschaft / Stillphase vollzogen werden, somit ist der/die Patientin angehalten, mit dem zuständigen verantwortlichen Arzt darüber zu kommunizieren, ob ein solcher Fall vorliegt.
- Die Verabreichung des Kontrastmittels kann verschiedene ganzkörperliche Effekte hervorrufen (Körpertemperatur, Röte, Schwindel, Übelkeit, Kopfschmerzen, Hautausschlägen, Jucken), die sich meist von alleine oder durch leichte pharmakologische Mittel legen. Darüber hinaus kann das Kontrastmittel Gadolinium in sehr seltenen Fällen bei bestehender Niereninsuffizienz eine sogenannte NSF (nephrogene systemische Sklerose) auslösen und sollte bei Fehlfunktion der Nieren nur bei dringlicher Indikation verabfolgt werden.
- Die Verabreichung des Kontrastmittels kann in sehr seltenen Fällen zu einem allergischen Schock führen, deshalb ist es sehr wichtig den zuständigen Arzt über eventuelle Allergien zu informieren.
- Ein speziell in MRT-Untersuchungen geschulter Arzt ist während der Ausführung immer anwesend. Außerdem ist ein Anästhesist in der klinischen Struktur immer anwesend.
- Jegliche Unklarheit bezüglich der Untersuchung kann mit dem medizinischen Personal oder dem Pflegepersonal geklärt werden.

- **Der/Die Unterzeichnende ist informiert über Kontraindikationen der MRT-Untersuchung und willigt ein die selbige durchzuführen** **JA** **NEIN**
- **Der/Die Unterzeichnende ist informiert über die Risiken die mit der Verabreichung des Kontrastmittels verbunden sind und willigt der selbigen ein.** **JA** **NEIN**
- **Der/Die Unterzeichnende ist informiert über die Risiken einer Anästhesie oder tiefen Sedierung und willigt der selbigen ein.** **JA** **NEIN**

Unterschrift des verantwortlichen Arztes

Unterschrift des/der Patient/in(*)

Datum _____

(*) Bei minderjährigen Patienten ist die Unterschrift beider Elternteilen oder eines Erziehungsberechtigten Pflicht.