Traumacenter Kronplatz Plan de Corones

Seilbahnstrasse / Via Funivia 14 a
I- 39031 Reischach / Riscone (BZ)
Tel. 0474/548217

MODULO DI ANAMNESI E CONSENSO INFORMATO PER L'ESAME DI RISONANZA MAGNETICA

Dati del paziente

Peso (Kg)	Altezza (cm)

Cognome .....

Nome .....

Data e luogo di nascita .....

Questionario Preliminare

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 sottopostigli.

□ Ha eseguito in precedenza esami RM? SI NO
□ Ha avuto reazioni allergiche dopo somministrazione del mezzo di contrasto? 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
□ È stato vittima di traumi da esplosioni ? SI NO
□ È in stato di gravidanza? Ultime mestruazioni avvenute: …… SI NO
□ Ha subito interventi chirurgici su: testa □ collo □ addome □
estremità □ torace □ altro:……
□ Protesi metalliche (per fratture, interventi articolari, ecc.), viti, chiodi, filo, ecc.? SI NO
□ Altre protesi ? Localizzazione …… SI NO
□ È a conoscenza di avere dispositivi medici o corpi metallici all'interno del corpo ? SI NO
□ È portatore di pace-maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci ? SI NO
□ È portatore di schegge o frammenti metallici ? SI NO
□ È portatore di 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 per insulina o altri farmaci? SI NO

Traumacenter Kronplatz
Plan de Corones

Seilbahnstrasse / Via Funivia 14 a
I- 39031 Reischach / Riscone (BZ)
Tel. 0474/548217

□ Corpi metallici nelle orecchie o impianti per udito?	SI	NO
□ Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali?	SI	NO
□ Atri tipi di stimolatori?	SI	NO
□ Corpi intrauterini (es. spirale, IUD)?	SI	NO
□ Derivazione spinale o ventricolare?	SI	NO
□ 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
□ Informazioni supplementari ……		
□ È affetto da anemia falciforme?	SI	NO
□ È mai stato operato di cataratta o è portatore di protesi del cristallino?	SI	NO
□ È portatore di piercing? Localizzazione ……	SI	NO
□ Presenta tatuaggi? Localizzazione……..	SI	NO
□ Sta utilizzando cerotti medicali ?	SI	NO

Per effettuare l'esame RM occorre rimuovere:

eventuali lenti a contatto - apparecchi per l'udito - dentiera - corone temporanee mobili - cinta 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 - punti metallici - limette - forbici - altri eventuali oggetti metallici.

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

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

…… ….. ……..……

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

…… ……..……