

Nome e Cognome _____ CF _____

Gent.mo/a Sig./Sig.ra,

la informiamo che l'esame non è assolutamente doloroso. Vengono utilizzati un campo magnetico statico molto intenso ed onde elettromagnetiche a radiofrequenza. L'impiego della Risonanza Magnetica in medicina non sembra oggi causare effetti indesiderati.

L'esame avrà una durata di circa 20 minuti nei quali dovrà mantenere la massima immobilità.

Sentirà un rumore ritmico provocato dal normale funzionamento dell'apparecchiatura.

E' sempre attivo l'interfono che le permetterà di comunicare con il personale presente.

A seconda del quesito clinico, a giudizio del Medico Radiologo, potrà essere necessaria la somministrazione del mezzo di contrasto per via endovenosa. Si tratta di un derivato del gadolinio che **raramente provoca fenomeni di intolleranza, generalmente lievi**, quali nausea, vomito, orticaria; **sono eventi eccezionali turbe del respiro e shock anafilattico**. La gravidanza costituisce una controindicazione a scopo cautelativo, specie nei primi mesi di gestazione. Poiché la macchina si comporta come una potente calamita, è indispensabile **compilare con attenzione il questionario posto sul retro** poiché esistono alcune condizioni che controindicano l'esame, e che vanno quindi segnalate.

Per effettuare l'esame occorre:

TOGLIERE lenti a contatto, apparecchi per l'udito, dentiera, corone dentarie temporanee mobili, cinta sanitaria, fermagli per capelli, mollette, occhiali, gioielli, orologi, piercing, calze di nylon, indumenti in acrilico

DEPOSITARE carte di credito o altre schede magnetiche, telefoni cellulari, coltelli tascabili, ferma soldi, monete, chiavi, ganci automatici, bottoni metallici, spille, vestiti con lampo o pinzette metalliche o punti metallici (ad es. applicati agli indumenti di tintoria), limette, forbici ed altri eventuali oggetti metallici

ASPORTARE cosmetici dal volto e, se possibile, lacche e gel

UTILIZZARE se necessario la cuffia o gli appositi tappi auricolari forniti in sede di esame

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (ex art. 47 DPR 18.12.2000 n. 445)

Io sottoscritto/a _____ in qualità di _____

Nato/a a _____ il _____ residente a _____

in via _____

consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 DPR 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false e sotto la mia personale responsabilità,

DICHIARO

che sono autorizzato/a ad accompagnare il/la minore, per l'esecuzione in favore di quest'ultimo/a delle prestazioni sanitarie di cui necessita

di essere Tutore di _____ e di essere autorizzato a compiere tutti gli atti utili ad assicurare la salute del suddetto a nome e per conto dello stesso

Luogo e Data _____ Firma _____

Nome e Cognome _____ CF _____

Ecco alcune domande necessarie per poter effettuare l'esame::

- Soffre di claustrofobia? NO SI
- Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere? NO SI
- Ha mai subito incidenti stradali, incidenti di caccia? NO SI
- E' stato vittima di traumi da esplosioni? NO SI
- E' in stato di gravidanza? NO SI
- E' affetto da anemia falciforme? NO SI
- Ha subito interventi chirurgici su:
- | | | | |
|----------|---|---------------|---|
| - testa | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | - estremità | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI |
| - addome | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | - torace | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI |
| - collo | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | - altri _____ | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI |

È portatore di:

- | | | | |
|--|---|--|---|
| Schegge o frammenti metallici? | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | Piercing? | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI |
| Clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello? | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali? | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI |
| Valvole cardiache | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | Dispositivi intrauterini (spirale)? | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI |
| Distrattori della colonna vertebrale? | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | Derivazione spinale o ventricolare? | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI |
| Protesi del cristallino oculare antecedenti il 1985? | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, ecc.), viti, chiodi, filo, ecc.? | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI |
| Pompa di infusione per insulina o altri farmaci? | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | Stent, filtri, spirali metalliche | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI |
| Pace maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci? | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | Punti o graffe metalliche | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI |
| Corpi metallici nelle orecchie o impianti per udito? | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | Localizzazione _____ | |
| | | Protesi dentarie fisse o mobili? | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI |
| | | Tatuaggi? | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI |

Per l'eventuale somministrazione del mezzo di contrasto è indispensabile sapere se:

- È affetto da insufficienza epatica grave NO SI
- È affetto da insufficienza renale grave NO SI
- È a conoscenza di allergie a farmaci o a mezzo di contrasto NO SI

Da compilare solo in caso di RMN con mezzo di contrasto:

Peso corporeo in Kg _____ Valore creatininemia _____

Attesto di aver adeguatamente compreso tutto quanto sopra riportato, confermo di aver risposto in modo corretto e accetto di effettuare l'esame

Luogo e Data _____

Firma Medico _____

Firma paziente _____