

Dipartimento Cardio Cerebro Vascolare
 U.O. di RADIOLOGIA

NOME e COGNOME del PAZIENTE: _____ DATA di NASCITA: _____

AMBULATORIALE

RICOVERATO NELL'U.O. DI _____

(BARR CODE)

Il "questionario anamnestico" ha lo scopo di accertare l'assenza di controindicazioni all'esame e deve essere attentamente compilato e firmato in calce dal Medico Responsabile dell'esame che, per le sue valutazioni, si avvale delle risposte fornite dal paziente o dal tutore legale (ad esempio nel caso di minore).

QUESTIONARIO

Ha eseguito in precedenza esami RM?	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Ha mai avuto reazioni allergiche ai mezzi di contrasto ?	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Soffre di Claustrofobia ?	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no

Il paziente è portatore di:			
Pacemaker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	
Defibrillatori impiantati	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	
Valvole cardiache o altri tipi di protesi cardiovascolari	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	
Stents	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	
Pompe per infusione per insulina o altri farmaci	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	
Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello, o subdurali	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	
Altri tipi di stimolatori	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	
Clips su aneurismi aorta, cervello	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	
Derivazione spinale o ventricolare	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	
Distrattori della colonna vertebrale	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	
Corpi metallici nelle orecchie o impianti per udito	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	
Protesi del cristallino	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	
Protesi dentarie fisse o mobili	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	
Protesi metalliche (pregresse fratture, punti, chiodi, fili)	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	
Altre protesi LOCALIZZAZIONE _____	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	
Dispositivo intrauterino (IUD)	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	
E' in stato di gravidanza? Certa o presunta?	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	
E' stato sottoposto a interventi chirurgici			
<input type="checkbox"/> Testa <input type="checkbox"/> Collo	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	
<input type="checkbox"/> Torace <input type="checkbox"/> Addome			
<input type="checkbox"/> Estremità <input type="checkbox"/> Occhi <input type="checkbox"/> Altro.....			
E' a conoscenza di avere uno o più dispositivi medici o corpi metallici all'interno del corpo?	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	
E' stato vittima di esplosioni, incidenti di caccia, traumi/incidenti stradali?	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	
Ha lavorato/lavora come fabbro, tornitore, saldatore, carrozziere, addetto alla lavorazione di vernici metallizzate	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	
Ha tatuaggi?	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	Localizzazione _____
E' portatore di piercing?	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	Localizzazione _____
Sta utilizzando cerotti medicali?	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	

Per effettuare l'esame RM occorre togliere:

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- pinzette metalliche-limette-forbici- altri eventuali oggetti metallici.

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

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

AUTORIZZA L'ESECUZIONE DELL'INDAGINE RM

Firma del medico responsabile dell'esecuzione dell'esame RM

Data

.....

.....

CONSENSO INFORMATO del paziente all'esecuzione dell'indagine RM

IL PAZIENTE

Dichiara di aver letto e compreso le informazioni contenute nella **Nota Informativa** _____

(riportare codice) che mi è stata consegnata e spiegata chiaramente in tutti i suoi punti :

- Descrizione del trattamento proposto
- Potenziali benefici e svantaggi
- Possibili rischi e complicanze
- Possibili alternative
- Possibili esiti del non trattamento
- Possibili problemi di recupero

STAMPARE FRONTE / RETRO

Reso/a consapevole:

- sul parere del sanitario che il trattamento proposto è quello che offre il miglior rapporto rischio/beneficio sulla base delle conoscenze attuali;
- della possibilità che l'indagine, una volta avviata, possa essere interrotta a mia richiesta, senza pregiudicare l'attività assistenziale, ma senza ottenere l'informazione ricercata con questo esame.;
- dei rischi relativi di eventuali danni per la salute (temporanei e permanenti) e per la vita.

Preso visione delle informazioni relative all'indagine/procedura in oggetto

Valutate le informazioni ricevute ed i chiarimenti che mi sono stati forniti, avendo compreso quanto sopra sinteticamente riportato:

acconsento l'indagine proposta **non acconsento l'indagine proposta**

Consenso ottenuto con l'ausilio di un interprete/mediatore culturale : SI NO

Firma dell'interprete/mediatore culturale _____

Esprimo pertanto, in maniera libera ed esplicita il mio consenso alla realizzazione del trattamento proposto, consapevole che posso revocare il consenso dato in qualsiasi momento.

Data,/...../.....

Firma del paziente*

Firma dei/del genitori/e o di colui che esercita la potestà genitoriale**

Timbro e firma leggibile del medico _____

Avendo compreso quanto spiegato, decido liberamente e consapevolmente di **NON ACCONSENTIRE** ad essere sottoposto a prestazione sopradescritta, consapevole delle conseguenze derivanti da tale decisione.

Firma del paziente

Firma del Medico

DICHIARAZIONE di STATO DI GRAVIDANZA CERTA O PRESUNTA **SI** **NO**

Data _____ Firma del paziente _____

Eventuali osservazioni _____

*Nel caso di paziente interdetto la firma deve essere apposta dal tutore; nel caso di paziente inabilitato la firma deve essere del soggetto inabilitato la cui volontà prevale su quella del curatore.

**Esprime la volontà in oggetto anche per l'altro genitore (a meno di esplicito dissenso di uno dei genitori, nel qual caso dovrà essere coinvolto il Giudice Tutelare). Nelle ipotesi di affidamento esclusivo l'esercizio della patria potestà spetta alla persona e/o genitore al quale il figlio è affidato.