



Ce.D.A.L. RADIOLOGIA

Sede legale: MILANO - P.le Istria, 3

Sede operativa: GALLARATE - Via Vespucci, 24

P.IVA 03903370157 – Tel. 0331 792457 797529

e-mail radiologia@cedal.net amministrazione.radiologia@cedal.net

CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DI RISONANZA MAGNETICA SENZA MEZZO DI CONTRASTO

La Risonanza Magnetica (RM) è un'indagine che utilizza onde elettromagnetiche – simili alle onde radiotelevisive - per studiare diverse strutture di tutto il corpo. La RM non comporta effetti biologici rilevanti. È tuttavia prudente non effettuare l'esame RM in donne durante il primo trimestre di gravidanza.

L'esame non è doloroso. Il paziente è sdraiato su un lettino e posizionato all'interno di un tunnel aperto. In relazione alla regione anatomica da studiare sono collocate all'esterno del corpo le cosiddette "bobine" (fasce, casco, piastre, ecc), sagomate in modo da non provocare dolore. Durante l'esame sono udibili dei rumori ritmici d'intensità variabile provocati dal normale funzionamento dell'apparecchio. Per accedere all'esame è necessario compilare l'allegato questionario preliminare all'esecuzione di un esame RM.

L'esame effettuato potrà portare ad una diagnosi, ad un sospetto diagnostico, alla richiesta di ulteriori approfondimenti e/o controlli.

ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO E CONSAPEVOLE ALL'ESECUZIONE DI RM SENZA MEZZO DI CONTRASTO

Il Paziente _____

nato/a _____ il _____

residente a _____

in caso di minore/tutelato, nome e cognome del

Genitore Tutore : _____

informato/a e consapevole:

- che l'esame richiesto dal mio medico di medicina generale dal mio medico di fiducia è l' esame più appropriato;
- di aver ricevuto, compreso e recepito le informazioni ed i chiarimenti che mi sono stati dati;
- di aver compilato l'allegato questionario preliminare all'esecuzione di un esame RMN

accetto di essere sottoposto alla RMN proposta

Data _____

Firma _____

**IN QUANTO DONNA IN ETA' FERTILE DICHIARO DI NON ESSERE IN STATO DI
GRAVIDANZA CERTA O PRESUNTA**

Firma della Paziente _____

Firma del Medico Radiologo _____



Ce.D.A.L. RADIOLOGIA

Sede legale: MILANO - P.le Istria, 3

Sede operativa: GALLARATE - Via Vespucci, 24

P.IVA 03903370157 – Tel. 0331 792457 797529

e-mail radiologia@cedal.net amministrazione.radiologia@cedal.net

QUESTIONARIO PRELIMINARE ALL'ESECUZIONE DI UN ESAME RMN

Soffre di claustrofobia?	SI	NO
Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere, etc.?.....	SI	NO
Ha mai subito incidenti stradali, incidenti di caccia?	SI	NO
È stato vittima di esplosioni?	SI	NO
È in stato di gravidanza?	SI	NO
Data ultime mestruazioni _____		

Ha subito interventi chirurgici su:					
• Testa	SI	NO	• Addome	SI	NO
• Collo	SI	NO	• Estremità	SI	NO
• Torace	SI	NO	• Altro	SI	NO

È portatore di:		
– Schegge o frammenti metallici? _____	SI	NO
– Clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello? _____	SI	NO
– Valvole cardiache? _____	SI	NO
– Distrattori della colonna vertebrale? _____	SI	NO
– Pompa infusione insulina o altri farmaci? _____	SI	NO
– Pacemaker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci? _____	SI	NO
– Corpi metallici nelle orecchie o impiantati per l'udito? _____	SI	NO
– Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali? _____	SI	NO
– Corpi intrauterini? _____	SI	NO
– Deviazione spinale o ventricolare? _____	SI	NO
– Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, etc.), viti, chiodi, filo, etc.? _____	SI	NO
– Protesi dentarie fisse o mobili? _____	SI	NO
– Protesi del cristallino? _____	SI	NO
– È affetto da anemia falciforme? _____	SI	NO

N.B.: per effettuare l'esame occorre:

- Togliere eventuali lenti a contatto, apparecchi per l'udito, dentiera, corone temporanee e mobili, cinta sanitaria
- Togliere 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 ad es. applicati agli indumenti di tintoria), limette, forbici o altri eventuali oggetti metallici
- Asportare cosmetici dal volto

Firma del Medico Radiologo _____ Data _____



Ce.D.A.L RADIOLOGIA

Sede legale: MILANO - P.le Istria, 3

Sede operativa: GALLARATE - Via Vespucci, 24

P.IVA 03903370157 – Tel. 0331 792457 797529

e-mail radiologia@cedal.net amministrazione.radiologia@cedal.net

Si informa che l'esposizione a campi magnetici ad onde di radiofrequenza può provocare la perdita di efficacia anticoncezionale del dispositivo intrauterino (IUD): se Lei ne è portatrice, la sua firma vale come accettazione a sottoporsi ugualmente all'esame in questione.

Si prega di segnalare l'eventuale presenza di:

- | | | |
|------------------------------|----|----|
| – Cerotti medicali | SI | NO |
| – Tatuaggi o piercing | SI | NO |
| – Protesi dentali magnetiche | SI | NO |

Firma del Paziente (o di chi ne abbia patria potestà) _____