



VALUTAZIONE IDONEITÀ ALL'ESECUZIONE DELL'ESAME DI R.M.N.

NOME _____

COGNOME _____

DATA DI NASCITA _____

ESAME PROPOSTO _____

QUESITO DIAGNOSTICO _____

Per paziente interno applicare etichetta identificativa

PRESENZA DI CONTROINDICAZIONI ALL'ESECUZIONE DELL'ESAME:

ASSOLUTE:

PAZIENTE PORTATORE DI PACE MAKER CARDIACO SI NO

IN CASO DI RISPOSTA AFFERMATIVA, L'INDAGINE NON PUO' ESSERE ESEGUITA.

RELATIVE: LE CONTROINDICAZIONI RELATIVE VENGONO VALUTATE DAL MEDICO RADIOLOGO

ANEMIA FALCIFORME SI NO

INTERVENTI CON IMPIANTI PROTESICI SI NO

(esempio : cristallino, valvole cardiache, stent, clips cerebrali...)

SE LA RISPOSTA E' SI SPECIFICARE L'INTERVENTO E FORNIRE LA DOCUMENTAZIONE

POMPE PER INFUSIONE FARMACI SI NO

PRESENZA DI:

PROTESI ACUSTICHE SI NO

PROTESI DENTARIE MOBILI SI NO

PIERCING SI NO

SCHEGGE METALLICHE, DOVE? _____ SI NO

DISPOSITIVI INTRAUTERINI (esempio: spirale iud) SI NO

(SE RISPOSTA AFFERMATIVA E' OPPORTUNA VALUTAZIONE GINECOLOGICA DOPO L'ESAME)

FEBBRE SI NO

GRAVIDANZA ACCERTATA O PRESUNTA SI NO

INDICARE LA SETTIMANA DI GESTAZIONE _____ *N.B. risonanza controindicata nel I° trimestre*

FIRMA DEL PAZIENTE

PRESA VISIONE ACCERTAMENTI PRELIMINARI SI NO

GIUDIZIO FINALE: **IDONEO** ALL'ESECUZIONE DELL'ESAME DI R.M.N.

NON IDONEO ALL'ESECUZIONE DELL'ESAME DI R.M.N.

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO RADIOLOGO



I.R.C.C.S. ISTITUTO ORTOPEDICO
GALEAZZI

U.O. di Radiologia Diagnostica per Immagini ed Interventistica

Direttore: Prof. Luca Maria Sconfienza

Servizio di Diagnostica per Immagini

Responsabile: Dott. Alberto Zerbi

CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DELL'ESAME DI R.M.N.

DATA _____

NOME _____

COGNOME _____

DATA DI NASCITA _____

MSP _____

PESO _____

Per paziente interno applicare etichetta identificativa

INFORMATIVA:

L'ESAME DI RISONANZA MAGNETICA VIENE EFFETTUATO UTILIZZANDO UN FORTE CAMPO MAGNETICO E ONDE A RADIO FREQUENZA.

L'ESAME NON E' NE' DOLOROSO NE' FASTIDIOSO. LEI DOVRA' SOLO MANTENERE, PER TUTTA LA DURATA DELL'ESAME, UN'ASSOLUTA IMMOBILITA' SUL LETTINO.

DURANTE L'ESAME SENTIRA' VARI RUMORI RITMICI, NORMALI PER UN CORRETTO FUNZIONAMENTO DELL'APPARECCHIATURA. LE VERRANNO FORNITI TAPPI PER LE ORECCHIE O CUFFIE.

LA DURATA DELL'INDAGINE PUO' VARIARE A SECONDA DEL TIPO DI ESAME, IL NOSTRO PERSONALE E' SEMPRE PRESENTE A SUA DISPOSIZIONE PER QUALSIASI NECESSITA'.

ATTENZIONE:

SI PREGA DI PORTARE IN VISIONE I PRECEDENTI ESAMI E REFERTI INERENTI AL QUESITO DIAGNOSTICO.

DOCUMENTAZIONE LASCIATA IN VISIONE: _____

PER EFFETTUARE L'ESAME VERRA' FORNITO DAL PERSONALE UN CAMICE DA INDOSSARE IN SOSTITUZIONE DEGLI INDUMENTI, MANTENENDO LA PROPRIA BIANCHERIA INTIMA SE IN COTONE.

TOGLIERE: LENTI A CONTATTO, PROTESI DENTARIE, ACUSTICHE, MOLLETTE PER CAPELLI, PIERCING, OCCHIALI, GIOIELLI. RIMUOVERE I COSMETICI DAL VISO.

ACCONSENTO DI SOTTOPORMI ALL'ESAME DI R.M.N.

NON ACCONSENTO DI SOTTOPORMI ALL'ESAME DI R.M.N.

Firma leggibile del Paziente (oppure del genitore/ tutore/ curatore)¹

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO RADIOLOGO

¹ Se il consenso non può essere prestato dall'interessato perché minore, per impossibilità fisica, per incapacità di agire o per incapacità di intendere o di volere, questo è manifestato da chi esercita legalmente la potestà, ovvero dal tutore legale o dall'amministratore di sostegno.