

QUESTIONARIO ANAMNESTICO PRELIMINARE ALL'ACCESSO IN SALA RM

Il seguente questionario anamnestico ha lo scopo di accertare l'assenza di controindicazioni all'accesso in sala RM di un Accompagnatore e deve essere attentamente compilato e firmato in calce dal Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame che, per le sue valutazioni, si avvale delle risposte fornite dall'Accompagnatore (ad esempio nel caso di minore)

DATI ANAGRAFICI e CLINICO-ANAMNESTICI

Cognome	_____	Nome	_____
		Sesso	☐ M ☐ F
Soggetto claustrofobico	☐ NO ☐ SI		
Interventi chirurgici	☐ NO ☐ SI	Quali?	_____
Allergie	☐ NO ☐ SI	Quali?	_____
Traumi	☐ NO ☐ SI	Quali?	_____ Quando? _____
Stato di gravidanza	☐ NO ☐ SI	Ultima mestruazione	_____ Settimana _____
Attività di saldatore, tornitore, carrozziere	☐ NO ☐ SI		

CONTROINDICAZIONI ASSOLUTE ALL'ACCESSO IN SALA RM

L'accesso in Sala di Risonanza Magnetica NON POTRÀ AVVENIRE in presenza di anche una sola delle seguenti controindicazioni:

Pace-maker o defibrillatore interno	☐ NO ☐ SI	Meccanismi di infusione per farmaci (es. micro-infusioni di insulina), protesi, placche, viti o stents metallici di cui non si conoscano le caratteristiche (Produttore, data e tipo di impianto e/o la compatibilità magnetica)*	☐ NO ☐ SI
Protesi oculari magnetiche	☐ NO ☐ SI		
Frammenti metallici intraoculari o intracranici	☐ NO ☐ SI		
Catetere di Swan-Ganz (CAP)*	☐ NO ☐ SI		

*** In caso di risposta affermativa è necessario fornire la specifica documentazione di compatibilità magnetica del dispositivo impiantato.**

CONTROINDICAZIONI RELATIVE ALL'ACCESSO IN SALA RM

L'accesso in Sala di Risonanza Magnetica in presenza di anche una sola delle controindicazioni sottoelencate, è valutato dal Medico Responsabile dell'esame RM:

Clips vascolari	☐ NO ☐ SI	Lenti a contatto, apparecchi per l'udito, cerotti medicali	☐ NO ☐ SI
Protesi(ortopediche,orecchio,cristallino,dentarie)	☐ NO ☐ SI	Anemia falciforme	☐ NO ☐ SI
Neurostimolatori cerebrali o subdurali	☐ NO ☐ SI	Insufficienza renale	☐ NO ☐ SI
Espansioni mammarie	☐ NO ☐ SI	Dispositivi di contraccezione intrauterini (IUD)	☐ NO ☐ SI
Protesi valvolari cardiache	☐ NO ☐ SI	Frammenti o schegge metalliche	☐ NO ☐ SI
		Piercing, tatuaggi (localizzazione).....	☐ NO ☐ SI

**Firma del Medico Responsabile
dell'esecuzione dell'esame RM**

Data _____

Per accedere alla Sala Esami 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; punti metallici; limette; forbici; altri eventuali oggetti metallici.

Consenso del genitore del paziente pediatrico / accompagnatore del paziente
_____ a d assistere il paziente in Sala Esame durante la esecuzione della indagine RM.

Il **Medico Responsabile** della esecuzione dell'esame, valutato il rapporto rischio/beneficio relativamente alla necessità di evitare la sedazione o altre procedure di preparazione pre-esame del paziente da sottoporre ad esame RM, **Acconsente** la opportunità da parte dell'Accompagnatore di potere assistere il paziente durante l'esame all'interno della Sala Esame, al fine di tranquillizzare e mantenere fermo il paziente e di garantire pertanto la possibile esecuzione dell'esame.

Data _____ Firma del Medico Responsabile
della esecuzione dell'esame RM

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO DELL'ACCOMPAGNATORE

L'Accompagnatore, espletati gli accertamenti anamnestici del caso richiesti dal Medico Responsabile dell'esame diagnostico, e preso atto della possibilità di assistere il paziente _____ onde evitare inopportune o non possibili procedure di preparazione pre-esame sullo stesso, **accetta di entrare volontariamente** nella Sala del magnete ed **accetta di esporsi volontariamente ai rischi** legati alla RM presenti durante la esecuzione dell'esame (campi magnetici statici, variabili e radiofrequenze) a favore e beneficio del paziente assistito.

Data _____ Firma del genitore / accompagnatore volontario
