

QUESTIONARIO ANAMNESTICO PRELIMINARE ALL'ESAME RM

Il seguente questionario anamnestico ha lo scopo di accertare l'assenza di controindicazioni all'indagine RM 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 dal Paziente o dal Tutore legale (ad esempio nel caso di minore)

DATI ANAGRAFICI e CLINICO-ANAMNESTICI

Cognome:	Nome:
Peso Corporeo: Kg	Sesso: ☐ M ☐ F
Paziente 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

L'esame di Risonanza Magnetica NON POTRÀ ESSERE eseguito in presenza di anche una sola delle seguenti controindicazioni:

Pace-maker o defibrillatore interno: ☐ NO ☐ SI	<u>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)* :</u> ☐ 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

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

Clips vascolari: ☐ NO ☐ SI	Lenti a contatto, apparecchi per l'udito, cerotti medici: ☐ 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

ASST Ovest Milanese Dipartimento dei servizi e di diagnostica per immagini	QUESTIONARIO ANAMNESTICO e CONSENSO INFORMATO all'esecuzione di INDAGINI CON E SENZA MDC in RISONANZA MAGNETICA	MAC08 Rev6 Novembre 2023 Pag. 2 di 2
---	--	--

Per effettuare l'esame RM occorre togliere: eventuali lenti a contatto; apparecchi per l'udito; dentiera; corone temporanee mobili; cinto erniario; fermagli per capelli; mollette; occhiali; gioielli; orologi; carte di credito o altre schede magnetiche; coltelli tascabili; fermasoldi; monete; chiavi; ganci; automatici; bottoni metallici; spille; vestiti con lampo; pinzette metalliche; punti metallici; limette; forbici; altri eventuali oggetti metallici. Prima di sottoporsi all'esame si prega di asportare cosmetici dal viso.

Il sottoscritto, **Medico Responsabile dell'esame RM**, dichiara di aver preso atto delle risposte fornite dal Paziente, avendo allo stesso fornito adeguate informazioni in merito alle motivazioni, scopo, modalità di esecuzione, benefici, controindicazioni, potenziali effetti collaterali, possibili alternative della indagine RM programmata.

☐ Sono state fornite ulteriori informazioni e/o materiale informativo specifico: **MAC30** Nota informativa per l'indagine di Risonanza Magnetica con e senza mezzo di contrasto.

AUTORIZZA l'esecuzione della indagine

Firma del Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame RM

Data

.....

.....

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO DEL PAZIENTE:

Il/La sottoscritto/a, presa visione dell'informazioni relative all'esame RM e valutate le informazioni ricevute e compreso quanto spiegato dal Medico Responsabile dell'esame RM, dichiara in modo consapevole:

a) di avere letto e compreso la nota informativa relativo all'esame RM (**MAC30**) e, consapevole dell'importanza delle risposte fornite, di avere consentito la corretta compilazione del questionario anamnestico da parte del Medico;

b) di essere stato/a edotto/a dal Medico Responsabile dell'esame RM riguardo all'opportunità di sottoporsi all'esame RM ed alla 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;

c) di avere compreso le motivazioni che rendono necessario l'accertamento diagnostico, le modalità di esecuzione, le controindicazioni e le possibili complicanze, i vantaggi derivanti dalla sua esecuzione e/o difficoltà che possono derivare dalla sua mancata esecuzione;

d) di aver compreso i rischi connessi all'impiego del mezzo di contrasto e ne acconsente all'uso qualora l'esame RM lo richiedesse;

e) di essere soddisfatto/a delle informazioni ricevute; di essere stato/a informato/a che, in qualsiasi momento prima della prestazione, posso chiedere ulteriori chiarimenti e delucidazioni; di essere stato/a informato/a che in qualsiasi momento posso revocare il consenso

**In caso di paziente minorenne o paziente legalmente incapace,
NON COMPILARE la sezione seguente: si rimanda al documento MAC21**

Data

Firma del/la Paziente

In base alle informazioni ricevute, in piena consapevolezza e libertà decisionale, esprimo

☐ **CONSENSO**

☐ **DISSENSO**

ad effettuare l'esame proposto

Data

Firma del/la Paziente

In data, il/la Paziente **REVOCA** il proprio consenso all'atto sanitario di cui sopra.

Firma e timbro del Medico

.....

Firma del/la Paziente

.....