

- evitare di truccare il viso e di utilizzare la lacca per capelli poiché possono creare artefatti che riducono la qualità delle immagini.

Durante tutto l'esame è necessario mantenere il massimo grado di immobilità, respirando regolarmente. Non è necessario interrompere eventuali terapie farmacologiche in corso (ad es. per l'ipertensione o il diabete).

QUESTIONARIO ANAMNESTICO ESAME RM

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'esecuzione dell'esame che, per le sue valutazioni, si avvale anche delle risposte fornite dal paziente o dal tutore legale (ad esempio in caso di minore).

- Ha eseguito in precedenza esami RM ? NO SI
- Soffre di claustrofobia ? NO SI
- Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere ? NO SI
- Ha mai subito incidenti stradali, incidenti di caccia ? NO SI
- E' stato vittima di traumi da esplosioni ? NO SI
- **E' in stato di gravidanza certa o presunta?** NO SI
- Ha mai avuto reazioni allergiche dopo mezzo di contrasto? NO SI
- Ha subito interventi chirurgici su: NO SI: tipo di intervento

Testa..... Addome..... Collo.....

Estremità..... Torace..... Occhi..... Altro.....

- E' a conoscenza di avere uno o più dispositivi medici o corpi metallici all'interno del corpo? NO SI

E' portatore di:

- Pace-Maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci? NO SI
- Schegge o frammenti metallici? NO SI
- Clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello? NO SI
- Valvole cardiache? NO SI
- Stents ? NO SI
- Defibrillatori impiantati? NO SI
- Distrattori della colonna vertebrale? NO SI
- Pompa di infusione per insulina o altri farmaci? NO SI
- Corpi metallici nelle orecchie o impianti per udito? NO SI
- Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali? NO SI
- Altri tipi di stimolatori? NO SI
- Dispositivo intrauterino (IUD)? NO SI
- Derivazione spinale o ventricolare? NO SI
- Protesi dentarie fisse o mobili? NO SI
- Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, etc), viti, chiodi, filo, etc...? NO SI
- Altre protesi? NO SI: Localizzazione
- Ritiene di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe NON esserne a conoscenza? NO SI
- E' portatore di protesi del cristallino? NO SI
- E' portatore di piercing? NO SI: Localizzazione
- Presenta tatuaggi? NO SI: Localizzazione
- Sta utilizzando cerotti medicali? NO SI

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 - punti metallici - limette - forbici - altri eventuali oggetti metallici. *Prima di sottoporsi all'esame si prega di asportare cosmetici dal viso.*

ATTENZIONE In caso di richiesta di R.M. con utilizzo di contrasto magnetico è necessario compilare ANCHE il consenso specifico ed essere in possesso di un valore della creatinemia del paziente non antecedente a 60 giorni.

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

Data ___/___/_____

Timbro e Firma del Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame RM _____

CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto/a _____

ritengo di essere stato/a sufficientemente informato/a sui rischi e sulle controindicazioni legate all'esposizione ai campi elettromagnetici generati dall'apparecchiatura RM. Pertanto, consapevole dell'importanza delle risposte fornite,

Acconsento

Non Acconsento

l'esecuzione dell'esame di Risonanza Magnetica

Data ___/___/_____

Firma del paziente _____