

	Regione Veneto Azienda Unità Locale Socio Sanitaria 12 Veneziana	DDI E RI 13/07/2015 Rev.01
	DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI E DI RADIOLOGIA INTERVENTISTICA U.O.C. NEURORADIOLOGIA U.O.C. RADIOLOGIA	

CONSENSO INFORMATO PER L'ALLEANZA TERAPEUTICA ESAME DI RISONANZA MAGNETICA

COGNOME	NOME	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
D.N.		PESO CORPOREO KG.	
RESIDENTE A / DEGENTE IN			
QUESITO DIAGNOSTICO			
ESAME RM PROPOSTO			

La compilazione di questo modulo è necessaria per l'esecuzione dell'esame

**Per l'esecuzione dell'esame di Risonanza Magnetica con Mezzo di
Contrasto Paramagnetico per via endovenosa mantenere
IL DIGIUNO DA ALMENO 6 ORE**

L'esame di Risonanza Magnetica utilizza campi magnetici elevati e radiofrequenze; secondo le conoscenze attuali, è innocuo per l'organismo umano. In alcuni casi, però, può provocare importanti effetti indesiderati e quindi non può essere eseguito. Pertanto, allo scopo di individuare eventuali situazioni a rischio e garantire la massima attenzione per la sicurezza del Paziente, è necessario leggere e compilare il questionario seguente e firmare il modulo, come consenso libero ed informato all'esecuzione dell'esame.

Il Paziente è affetto da:

Claustrofobia	NO	SI
Obesità marcata	NO	SI
Anemia Falciforme	NO	SI
Cardiopatía grave	NO	SI

Il Paziente è portatore di:

	NO	SI	RM compatibile?	NO	SI
Pacemaker cardiaco					
Altri tipi di cateteri cardiaci			tipo		
Protesi Cardiovascolari			tipo		
Valvole Cardiache			tipo		
Pompe per infusione di farmaci			tipo		
Neurostimolatori, elettrodi endocerebrali-sottodurali			tipo		
Clips endocraniche, endorbitarie o endovascolari			tipo		
Distrattori della colonna vertebrale			tipo		
Protesi auricolari			tipo		
Protesi oculari			tipo		
Protesi ortopediche			tipo		



Protesi dentarie fisse o mobili	NO	SI	tipo
Corpi intrauterini	NO	SI	tipo
Altre protesi o corpi metallici come punti e chiodi	NO	SI	tipo
Schegge o corpi metallici dovuti a traumi e a colpi d'arma da fuoco		NO	SI
Il Paziente è stato sottoposto ad interventi chirurgici	NO	SI	tipo di intervento
E' in stato di gravidanza?	NO	SI	se esiste un dubbio è necessario il test di gravidanza
E' stato vittima di traumi stradali/incidenti?		NO	SI
E' stato vittima di incidenti di caccia?		NO	SI
E' stato vittima di esplosioni?		NO	SI
Lavora o ha lavorato come fabbro, tornitore, saldatore, carrozziere, addetto alla lavorazione di vernici metallizzate?		NO	SI

E' possibile che l'esame possa prevedere l'iniezione e.v. (endovena) di mezzo di contrasto paramagnetico (M.d.C.) contenente Gadolinio. In genere ciò non comporta rischi significativi ma dopo l'iniezione del M.d.C. possono insorgere reazioni indesiderate ed imprevedibili. Sono suddivisibili in lievi (starnuti, colpi di tosse, in 1 su 100 Pazienti), severe che possono richiedere terapia medica (difficoltà respiratorie, alterazioni del ritmo cardiaco, convulsioni, perdita di coscienza 1 su 10.000 Pazienti) e raramente il decesso (1 su 5.000.000 di Pazienti). Non esistono comunque reali controindicazioni all'iniezione di Gadolinio ev, fatta eccezione per i Pazienti con gravi forme allergiche o insufficienza renale grave, pertanto **è indispensabile indicare se:**

RISULTA o NON RISULTA (barrare la voce scelta) la presenza di insufficienza renale moderata o grave (concausa di sclerosi nefrogenica sistemica). In caso di dubbio anamnestico-clinico, entro 30 giorni prima dell'esame di Risonanza Magnetica è necessario il dosaggio della creatininemia-GFR il cui risultato deve essere portato in visione dal Paziente al momento dell'esecuzione della RM

RISULTA o NON RISULTA (barrare la voce scelta) la presenza di rilievi anamnestici di natura allergica. SE RISULTA è utile attuare la terapia desensibilizzante (vedi modulo **PREMEDICAZIONE CONSIGLIATA PAZIENTI ALLERGICI**, reperibile nel sito Aziendale o presso le Segreterie delle Radiologie) **PER EFFETTUARE L'ESAME OCCORRE:**

Togliere eventuali lenti a contatto, apparecchi per l'udito, dentiera, cinto erniario, ogni oggetto metallico (fermagli per capelli, mollette, occhiali, gioielli, orologi, carte di credito o altre schede magnetiche, etc.). Asportare eventuali cosmetici dal volto.

Il/la Signor/a (Nome e Cognome del Paziente) _____ **dichiara** di essere stato/a informato/a dal Dr./Dr.ssa _____ riguardo alle indagini e/o terapie proposte, sulle indicazioni e sugli eventuali rischi che da esse possono derivare.

Conferma di aver ricevuto informazioni e di aver ben compreso le spiegazioni che gli/le sono state fornite e, pertanto, **ACCONSENTE / NON ACCONSENTE (barrare la voce scelta)** di sottoporsi a questa procedura. **Accetta** inoltre di sottoporsi alle eventuali procedure d'urgenza che si rendessero indispensabili in caso di reazione avversa.

Dati identificativi dei genitori (per i Pazienti minori d'età) _____

Dati del/dei legali rappresentanti del Paziente (se soggetto privo in parte o del tutto di autonomia decisionale) _____

Firma del Paziente (consenso informato) _____

Firma del/dei Legali Rappresentanti del paziente _____

Firma e timbro del Medico proponente l'esame _____

LUOGO E DATA _____

Accertata la veridicità delle risposte ed escludendo le possibili controindicazioni all'esame, anche mediante ulteriori accertamenti clinici ritenuti necessari, il Paziente può essere sottoposto a RM.

Firma del Medico Radiologo responsabile dell'esecuzione dell'esame _____