

COGNOME _____ NOME _____

NATO/A IL _____ PESO KG _____

QUESTIONARIO PRELIMINARE ALL'ESECUZIONE DI UN ESAME RM

L'esame di Risonanza Magnetica si avvale di un campo magnetico e di radiofrequenza (del tipo trasmissioni televisive). È comunque necessaria la conoscenza preliminare di alcuni fattori che potrebbero rivelarsi dannosi per la salute del paziente. La preghiamo pertanto di rispondere ai seguenti quesiti:

❖ Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere?	SI	NO
❖ Ha mai subito incidenti stradali o di caccia?	SI	NO
❖ E' stato vittima di traumi da esplosione?	SI	NO
❖ E' in stato di gravidanza? Ultima mestruazione:	SI	NO
❖ E' a conoscenza di essere affetto da anemia falciforme?	SI	NO
❖ Ha subito interventi chirurgici su: Testa • Addome • Collo • Estremità • Torace • Altro •		
❖ E' portatore/portatrice di:		
- Pace-maker cardiaco, defibrillatori impiantabili o altri tipi di cateteri cardiaci?	SI	NO
- Schegge e frammenti metallici in particolare endoculari?	SI	NO
- Clips (punti metallici) su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello?	SI	NO
- Valvole cardiache?	SI	NO
- Stent?	SI	NO
- Distrattori (protesi) della colonna vertebrale?	SI	NO
- Pompa di infusione per insulina o altri farmaci?	SI	NO
- Corpi metallici nelle orecchie o impianti per l'udito?	SI	NO
- Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali?	SI	NO
- Catetere spinale o ventricolare (in pazienti affetti idrocefalo)?	SI	NO
- Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi articolari, ecc.) viti, chiodi, fili, ecc.?	SI	NO
Localizzazione:		
- Spirali intrauterine?	SI	NO
- Protesi dentarie fisse o mobili?	SI	NO
- Protesi del cristallino?	SI	NO
- Lenti a contatto?	SI	NO
- E' portatore di piercing?	SI	NO
- Presenta tatuaggi? Localizzazione:	SI	NO
- Usa cerotti medicati?	SI	NO
- Soffre di claustrofobia?	SI	NO

Per effettuare l'esame 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.

Prima di sottoporsi all'esame si prega di asportare cosmetici dal viso.

Alle pazienti portatrici di dispositivo intra-uterino si consiglia visita ginecologica di controllo per verifica del corretto posizionamento dello stesso in seguito all'esame.

IL MEDICO RESPONSABILE DELL'ESAME RM preso atto delle risposte fornite dal paziente
AUTORIZZA l'esecuzione dell'indagine RM

Data _____

Firma del medico responsabile dell'esecuzione dell'esame RM _____

Firma del Tecnico di Radiologia _____

CONSENSO INFORMATO del paziente all'esecuzione dell'indagine RM

Il sottoscritto _____ ritiene di essere stato sufficientemente informato sui rischi e sulle controindicazioni legate all'esposizione ai campi elettromagnetici generati dall'apparecchiatura RM ed aver letto la scheda informativa all'esecuzione della RM. Pertanto, consapevole dell'importanza delle risorse fornite, **ACCONSENTE** l'esecuzione dell'esame.

Firma del paziente
(maggiorenne e in grado di intendere e di volere)

Firma dei genitori/tutore legale
(minorenne o affidato a tutore)

**CONSENSO AL
TRATTAMENTO DEI DATI
(REGOLAMENTO UE 2016/679)**

Essendo stato informato sull'identità del Titolare del trattamento dei dati, dell'identità del Responsabile del trattamento dei dati, del DPO, della misura, delle modalità con le quali il trattamento avviene, delle finalità del trattamento cui sono destinati i dati personali, del diritto alla revoca del consenso, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679, io sottoscritto, interessato del trattamento,

ACCONSENTO

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 7 e ss. Del Regolamento (UE) 2016/679, con la sottoscrizione del presente modulo, al trattamento dei dati personali secondo le modalità e nei limiti di cui all'informativa.

Data _____

Firma (dell'interessato o di chi ne ha la rappresentanza) _____

Per le finalità e per tutta la durata precisate nell'informativa, desidero essere chiamato per:

NOME

NUMERO

Firma (dell'interessato o di chi ne ha la rappresentanza) _____