



ACQUISIZIONE DEL CONSENSO DELL'INTERESSATO

Il/la sottoscritto/a: _____ Codice Fiscale: _____

Indirizzo: _____

Numero Episodio: _____

PREPARAZIONE NECESSARIA – RACCOMANDAZIONI

I pazienti, prima di essere sottoposti all'esame RM, devono collaborare con il Medico (Responsabile della Prestazione Diagnostica) al fine di una corretta compilazione di un apposito "questionario anamnestico" (di seguito riportato) utile ad escludere ogni possibile controindicazione all'esame stesso. Si raccomanda quanto segue: depositare nello spogliatoio o negli appositi armadietti ogni oggetto metallico (telefonino, orologio, occhiali, chiavi, carte di credito e bancomat), togliere eventuali protesi dentarie e apparecchi per l'udito, togliere lenti a contatto o occhiali. Si raccomanda di 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). E' prudente non effettuare l'esame RM in pazienti di sesso femminile durante il primo trimestre di gravidanza.

	Descrizione	Acconsento
1	E' portatore/portatrice di pacemaker, valvole cardiache, elettrodi, auricolari, neurotrasmettitori e simili.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
2	E' stato operato con punti di sutura metallici.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
3	Nel suo corpo sono presenti elementi metallici come:	
	a) Schegge o frammenti metallici (specie negli occhi)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	b) Protesi metalliche (escluse protesi dentarie fisse) per le protesi ortopediche occorre documentazione medica	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	c) Protesi dentarie mobili	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	d) Protesi di cristallino (dopo intervento di cataratta o altro)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	e) Distrattori della colonna vertebrale	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	f) Contraccettivi intrauterini (spirale)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
4	E' in state di gravidanza (se si quale mese _____)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
5	Ha subito procedure di radiologia interventistica (stent, protesi vascolari)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
6	E' portatore di tatuaggi cutanei	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
7	Espansori o protesi mammarie (occorre documentazione medica)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
8	_____	

Preso atto delle informazioni fornite nel modulo di consenso il paziente può richiedere ulteriori spiegazioni al medico radiologo.

Informato/a dal Dott. Carlo Varelli

-sul tipo di indagine diagnostica da eseguire e precisamente RISONANZA MAGNETICA

Reso/a consapevole sul parere del sanitario che il trattamento proposto è quello che offre il miglior rapporto rischio/beneficio sulla base delle conoscenze attuali;

-della 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;

-dei rischi relativi di eventuali danni per la salute (temporanei e permanenti) e per la vita.

Preso visione delle informazioni relative all'indagine/procedura in oggetto

Valutate le informazioni ricevute ed i chiarimenti che mi sono stati forniti, avendo compreso quanto sopra sinteticamente riportato:

Accetto l'indagine proposta Rifiuto l'indagine proposta

Data _____

FIRMA* _____