INFORMATIVA PER IL PAZIENTE – QUESTIONARIO PRELIMINARE – CONSENSO INFORMATO

da leggere attentamente-compilare-firmare

La Risonanza Magnetica (RM) utilizza campi magnetici ed onde elettromagnetiche a radiofrequenza. E' un esame diagnostico non invasivo che in base alle conoscenza attuali non comporta rischi. Peraltro l'intensità del campo magnetico esercita attrazione su materiali ferromagnetici di cui Lei può essere portatore. **I pazienti, prima di essere sottoposti all'esame RM, devono compilare e firmare questa modulistica** comprensiva delle risposte alle domande del questionario anamnestico al fine di escludere ogni possibile controindicazione all'esame di RM. Prima dell'esame si deve togliere di dosso ogni oggetto metallico, o con supporto magnetico: occhiali, lenti a contatto, orologio, monete, chiavi, orecchini, spille, gioielli, tessere magnetiche, carte di credito, apparecchi per l'udito, protesi dentarie mobili, piercing e qualsiasi altro eventuale oggetto magnetico. E' prudente escludere dalla RM le gestanti, in particolare nel primo trimestre di gravidanza, anche se non è stata comprovata la sensibilità dell'embrione ai campi magnetici e di radiofrequenza utilizzati per le indagini. Di conseguenza nella nostra struttura **l'esame non viene eseguito a donne in stato di gravidanza certa o presunta**. Durante l'esame è necessario mantenere l'assoluta immobilità respirando regolarmente. Il personale è sempre presente durante l'esame. In qualsiasi momento l'esame può essere sospeso. Il paziente dovrà consegnare in segreteria la richiesta dell'esame e pregressa documentazione clinica. ***L'esame RM è dunque, secondo le conoscenze attuali, innocuo per l'organismo umano.*** Tuttavia in alcuni casi l'esame può provocare effetti indesiderati. (Per ulteriori dettagli vedi foglio informativo allegato 1 posto in sala RM).
Pertanto, allo scopo di individuare eventuali situazioni a rischio e garantire la più totale sicurezza **è necessario compilare con attenzione** il questionario seguente e firmarlo in segno di consenso libero e informato:

DATI PAZIENTE

Nome……Cognome…… ……
Nato a…….. ……..prov…….. il……
Residente a…… prov…… via……..

QUESTIONARIO ANAMNESTICO *da compilare e firmare prima dell'esame di RM*

E' portatore di:

- Pacemaker, cateteri cardiaci *…… SI NO
- Protesi orecchio interno per l'udito…….. SI NO
- Protesi oculari metalliche…….. SI NO
- Stato di gravidanza certa o presunta……. SI NO
- Reperi metallici per ***radioterapia in corso***…….. SI NO
- Stent Endovascolari ***(entro 2 mesi dall'intervento)***…….. SI NO
- Clips vascolari (cerebrali, aortiche, ecc)*…….. SI NO
- Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi articolari
- correttivi) punti metallici, schegge, viti, chiodi, fili etc.*…….. SI NO
- Protesi valvolari cardiache*…….. SI NO
- Cateteri di derivazione spinale o ventricolare*……. SI NO
- Spirale intrauterina (IUD)**…….. SI NO
- Piercing o tatuaggi molto estesi…… SI NO

**In caso di risposta affermativa bisogna dare al Radiologo, prima dell'esame,la documentazione di compatibilità magnetica della struttura che ha effettuato l'intervento*
*** In caso di risposta affermativa, la paziente, dopo aver fatto l'esame RM, **deve** far verificare il corretto posizionamento dello IUD dal proprio ginecologo poiché può essere soggetto a piccoli movimenti e/o parziali dislocazioni con la conseguenza di perdita di efficacia del dispositivo stesso*

A CURA DEL PAZIENTE: certifico di aver preso atto dell'informativa e di aver risposto in modo corretto e veritiero alle domande di questo questionario. Dichiaro inoltre di essere stato adeguatamente informato sull'indagine da effettuare, di non avere necessità di richiedere altri chiarimenti sull'esame ed esprimo il mio consenso a sottopormi all'esame di Risonanza Magnetica.

Data_____ Firma del Paziente _____

A CURA DEL MEDICO RICHIEDENTE: in base alle risposte fornite al questionario, ed in base ai dati clinici attualmente in mio possesso, non rilevo discrepanze rispetto quanto dichiarato, pertanto autorizzo l'esecuzione dell'esame di Risonanza Magnetica.

Data_____ Firma e timbro del Medico Richiedente _____

A CURA DELLA STRUTTURA: dichiaro di aver attentamente visionato quanto dichiarato dal Paziente e dal Medico Richiedente.

Data_____ Firma dell'Operatore tecnico _____Firma del Medico Radiologo_____

CONSENSO INFORMATO condiviso ed espresso dal paziente per l'esecuzione dell'indagine RM
Io sottoscritto (cognome e nome) _____
nato il ____ / ____ /_____ a _____

In qualità di: ☐ Paziente ☐ Rappresentante Legale: ☐ genitore/i ☐ tutore ☐ amministratore di sostegno
del paziente (cognome e nome) _____ _____
nato/a il ___ / ___ /____ a _____
Dopo aver preso visione delle informazioni relative all'esame RM riportate nell'informativa e dei chiarimenti forniti dall'Operatore, dichiaro di aver compreso le indicazioni, le finalità e i vantaggi dell'esame, i possibili rischi e controindicazioni, gli eventuali danni per la salute legati all'esposizione a campi elettromagnetici generati dall'apparecchiatura RM e di non avere necessità di richiedere altri chiarimenti sull'esame. Pertanto, consapevole dell'importanza e della correttezza delle risposte fornite nel questionario anamnestico, in base alle informazioni ricevute in piena consapevolezza e libertà di decisione, **ACCONSENTO A SOTTOPORMI** all'esame di Risonanza Magnetica.
Per pazienti minorenni firmano entrambi i genitori. Il genitore che sottoscrive il presente modulo in assenza dell'altro genitore, dichiara – sotto la propria responsabilità – di manifestare la volontà di entrambi gli esercenti la potestà genitoriale.
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI ex art. 46 D.P.R. n. 445/2000.
Il dichiarante è consapevole delle conseguenze in termini di responsabilità penale, che derivano dal rilasciare attestazioni non veritiere.

Data Firma del Paziente (o dell'esercente la potestà genitoriale e/o tutoriale)
_____ _____

POLIAMBULATORIO ZABEO