



PREPARAZIONE ALL'ESAME

Prima dell'esame occorre **togliere** eventuali:

- ✓ Lenti a contatto, apparecchi per udito, protesi dentarie mobili, cinti sanitari, busti, parrucche;
- ✓ Fermagli per capelli, mollette, occhiali, gioielli, orecchini, piercing, orologi, carte di credito e ogni scheda magnetica, monete, chiavi, e ogni oggetto metallico in genere;
- ✓ Ogni indumento dotato di ganci, automatici, bottoni metallici, cerniere lampo, ferretti, punti metallici (come quelli applicati in tintoria);

RISCHI E CONTROINDICAZIONI

Tutti gli studi svolti finora indicano che l'esame RM non produce effetti nocivi sul corpo umano.

Nei seguenti casi l'esame è pericoloso e NON può essere eseguito:

- Se si è portatori di pace-maker cardiaco;
- Se si è portatori di clips metalliche, punti di sutura metallici o dispositivi metallici introdotti per interventi chirurgici alla testa, al midollo, alla spina dorsale, al cuore, alle arterie o alle vene, salvo il caso di materiali sicuramente amagnetici;

E' necessario che il paziente avverta il medico se:

- E' in gravidanza nei primi 3 mesi di gestazione;
- E' affetto da claustrofobia, epilessia, anemia grave, malattia psichiatrica;
- Ha avuto incidenti di caccia o da esplosione;
- Ha subito interventi chirurgici alla testa, al cuore o ai grossi vasi;
- Ha subito interventi ortopedici con impianto di protesi metalliche, chiodi, viti, fili metallici;
- E' portatore di neurostimolatori, pompe di infusione per farmaci, protesi acustiche, protesi oculari, protesi dentarie mobili;
- E' portatrice di spirale o altro dispositivo intra-uterino;

E' indispensabile leggere attentamente, compilare e firmare il seguente modulo di consenso all'esecuzione all'esame da parte del paziente Per eventuali chiarimenti consultare il medico esaminatore.

Il/La sottoscritto/a _____ età _____

Dichiaro di:

- aver letto attentamente questo modulo;
- aver ricevuto dal medico esaminatore le informazioni e i chiarimenti richiesti;
- consentire all'esecuzione dell'esame RM.

data _____ firma _____

QUESTIONARIO OBBLIGATORIO PER L'ESECUZIONE DI ESAMI R.M. (D.M.2/8/91)

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Peso _____



**CONSENSO INFORMATO PER RISONANZA MAGNETICA
CIRM**

REV 0 CIRM

12/02/2010

pag. 2 di 3

Il paziente è affetto da:			
• claustrofobia		Si	No
• Obesità marcata		Si	No
• Anemia falciforme		Si	No
• Cardiopatia grave		Si	No
Il paziente è Portatore di:			
• pacemaker cardiaco		Si	No
• Altri tipi di cateteri cardiaci		Si	No
• Protesi cardio-vascolari		Si	No
• Valvole cardiache	Se si, del tipo	Si	no
• Pompe per infusione di farmaci	Se si, del tipo	Si	No
• Neurostimolatori	Se si, del tipo	Si	No
• elettrodi endocerebrali	Se si, del tipo	Si	No
• Clips endocraniche	Se si, del tipo	Si	No
• Clips endo-orbitarie	Se si, del tipo	Si	no
• Clips endovascolari	Se si, del tipo	Si	No
• Distrattori della colonna vertebrale	Se si, del tipo	Si	No
• Protesi auricolari	Se si, del tipo	Si	No
• Protesi oculari	Se si, del tipo	Si	No
• Protesi ortopediche	Se si, del tipo	Si	no
• Protesi dentarie fisse o mobili	Se si, del tipo	Si	No
• Corpi intrauterini	Se si, del tipo	Si	No
• Altre protesi o corpi metallici		Si	No
Il paziente è stato sottoposto a interventi chirurgici:			



**CONSENSO INFORMATO PER RISONANZA MAGNETICA
CIRM**

REV 0 CIRM

12/02/2010

pag. 3 di 3

• In sede:	Testa.	Si	No
	Collo	Si	No
	Torace	Si	No
	Addome	Si	no
	Estremità	Si	No
	Altro	Si	No
È in stato di gravidanza	Data ultima mestruazione	Si	No

Data _____ Firma del paziente _____

CONVALIDA DEL MEDICO RESPONSABILE O DELL'ESECUZIONE DELL'ESAME

Data _____ firma _____