

ESAME DI RISONANZA MAGNETICA

COGNOME.....NOME.....NATO ILPESO.....

CONTRASSEGNARE CON UNA X

ESAME ENCEFALO COLLO TORACE ADDOME

MOTIVI E DISTURBI RELATIVI ALL'ESAME

TERAPIA CHIRURGICA si no

TIPO DI INTERVENTO

TERAPIA ALTERNATIVA

ESAME CERVICALE

ALGIA CERVICALE si no

ALGIA BRACCIO DX SX

ALTRO

TERAPIA CHIRURGICA si no

TIPO DI INTERVENTO

TERAPIA ALTERNATIVA

ESAME DORSALE

ALGIA DORSALE si no

ALGIA BRACCIO DX SX

ALGIA GAMBA DX SX

ALTRO

TERAPIA CHIRURGICA si no

TIPO DI INTERVENTO

TERAPIA ALTERNATIVA

ESAME LOMBARE

ALGIA LOMBARE si no

ALGIA GAMBA DX SX

ALTRO

TERAPIA CHIRURGICA si no

TIPO DI INTERVENTO

TERAPIA ALTERNATIVA

ESAME LARTI SUPERIORI ED INFERIORI

PARTE CORPOREA IN ESAME

TRAUMA si no tempo trascorso dal dolore

TERAPIA CHIRURGICA si no

TIPO DI INTERVENTO

TERAPIA ALTERNATIVA

ALGIA INTERNO ESTERNO ANTERIORE POSTERIORE

DOLORE CONTINUO si no DOLORE SOTTOSFORZO si no

BLOCCHI ARTICOLARI si no CEDIMENTI ARTICOLARI si no

DIFFICOLTA' NELLA FLESSIONE si no

DIFFICOLATA' NELLA ESTENSIONE si no

QUESTIONARIO PER IL PAZIENTE

COGNOME.....NOME.....

| | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Soffre di Claustrofobia | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| <input type="checkbox"/> Ha mai lavorato come saldatore, tornitore, carrozziere | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| <input type="checkbox"/> Ha mai subito incidenti stradali, incidenti di caccia? | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| <input type="checkbox"/> È mai stato vittima di traumi da esplosioni? | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| <input type="checkbox"/> È in stato di gravidanza o allattamento | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |

Ultime mestruazioni avvenute? _____

Ha subito interventi chirurgici su:

testa _____ addome _____
collo _____ estremità _____
torace _____ altri _____

È portatore di

| | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Schegge o frammenti metallici | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| <input type="checkbox"/> Clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello? | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| <input type="checkbox"/> Piercing? | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| <input type="checkbox"/> Tatuaggi estesi? | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| <input type="checkbox"/> Valvole cardiache | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| <input type="checkbox"/> Distrattori della colonna vertebrale? | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| <input type="checkbox"/> Pompa di infusione per insulina o altri farmaci? | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| <input type="checkbox"/> Pace maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci? | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| <input type="checkbox"/> Corpi metallici nelle orecchie o impianti per udito? | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| <input type="checkbox"/> Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali? | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| <input type="checkbox"/> Spirali endo-utero? | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| <input type="checkbox"/> Derivazione spinale o ventricolare | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| <input type="checkbox"/> Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari)? | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| <input type="checkbox"/> Viti, chiodo, filo? | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |

Localizzazione (dove) _____

Protesi dentarie fisse o mobili? si no

Localizzazione (dove) _____

Protesi del cristallino? si no

È affetto da anemia falciforme? si no

Per effettuare l'esame occorre:

- Togliere eventuali lenti a contatto; apparecchi per udito; dentiera, corone temporanee mobili; cinta sanitaria;
- Togliere fermagli per capelli, mollette, occhiali, gioielli, carte di credito o altre schede magnetiche, coltelli tascabili, fermasoldi, monete, chiavi, ganci automatici, bottoni metallici, spille, vestiti con lampo, pinzette metalliche, punti metallici (ad es. applicati agli indumenti in tintoria), limette, forbici e altri eventuali oggetti metallici
- Asportare cosmetici dal volto

Firma del Medico Responsabile della Esecuzione dell'esame

Data _____

CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DI ESAMI DI RISONANZA MAGNETICA

CONTROINDICAZIONI ASSOLUTE: Clips ferromagnetiche vascolari – pacemaker cardiaco – caterere Swan ganz – Elettrodi endocorporei – impianti cocleari (alcuni tipi) – protesi strapiedali – connettori metallici di Schunt ventricolo-peritoneale – filtri vascolari – Stent e spirali metalliche – dispositivi endocorporei ad attivazione magnetica o elettrica (neurostimolatori di crescita ossea, pompe per infusione continua di farmaci, sfinteri ed impianti oculari magnetici) – protesi del cristallino con anse di titanio o platino – corpi estranei ferro-magnetici in sede nobile (intracranica e vascolare)

La presenza sul corpo di tatuaggi ed in particolare quelli eseguiti con pigmenti a base di metalli, può provocare irritazione cutanea

CONTROINDICAZIONI RELATIVE: Gravidanza (soprattutto primo trimestre) - Turbe della termoregolazione – protesi valvolare cardiache – Clips metalliche non vascolari – Corpi estranei ferro magnetici in sede non nobile.

Cautelativamente è consigliabile escludere dall'indagine le donne nel primo trimestre di gravidanza, pur non essendo ancora documentato alcun effetto sull'embrione o sul feto, dell'esame di Risonanza Magnetica. I soggetti predisposti potrebbero altresì accusare una sensazione di "oppressione da luogo chiuso", provocata dallo spazio relativamente ristretto in cui l'indagine viene eseguita.

Per specifiche patologie può risultare utile la somministrazione per via endovenosa di particolari mezzi di contrasto dotati di proprietà paramagnetiche, chimicamente derivanti dal Gadolinio, i quali, alle comuni dosi utilizzate in diagnostica (esclusa la presenza di specifiche intolleranze), hanno dimostrato una notevole sicurezza d'uso.

Gentile Signore/a

- L'esame al quale si sottoporrà comporta solo l'uso di un campo magnetico e onde elettromagnetiche con frequenze RF (come quelle usate da trasmissioni televisive).
- Durante l'esame dovrà restare immobile in modo da consentire l'effettuazione dell'esame con risultati ottimali.
- Durante l'esame sentirà un rumore dovuto al normale funzionamento della macchina.
- Resti tranquillo/a e rilassato/a durante l'esame la cui durata dipende dal tipo di indagine richiesta (20 o 30 m ad esame).
- Durante l'esame se ne avverte la necessità può comunicare con il personale attraverso un microfono appositamente predisposto o schiacciando una pompetta d'allarme che le verrà data al momento dell'esame.
- Ricordi che la presenza di metalli all'interno del corpo, schegge, clips, protesi, stimolatori cardiaci, valvole cardiache, non rendono possibile l'esame.
- Non deve avere con sé oggetti metallici, schede magnetiche, lenti a contatto. Non mettere lacca nei capelli.
- Nel primo trimestre di gravidanza l'esame è sconsigliato, salvo casi particolari vagliati dal medico responsabile.
- Collabori con i medici ed il nostro personale in modo che l'esame possa essere eseguito nel minor tempo possibile con i migliori risultati

DICHIARO:

- di essere stato/a esaurientemente e chiaramente informato dal personale addetto circa gli accertamenti clinici e strumentali a cui dovrò essere sottoposto, anche dell'uso di mezzi di contrasto, di tecniche e metodiche invasive ai fini diagnostici e terapeutici.
- di essere consapevole dei rischi generici inerenti la tecnica e le metodiche da attuarsi a me esposti in modo chiaro e comprensibile, e i rischi specifici del caso
- di accettare fin d'ora ogni modifica sia di esecuzione tecnica concordata che terapeutica, qualora se ne presentasse la necessità;
- di essere a conoscenza di avere le facoltà e l'opportunità di chiedere ulteriori spiegazioni in ogni momento.

Nome e Cognome del Medico Nome e Cognome del Paziente e/o di eventuale accompagnatore

Firma Medico

Firma del Paziente

Firma accompagnatore