

Cognome Nome

Data nascita Peso (Kg) Altezza (cm).....

Segnare con una |X| la risposta corretta

- Ha eseguito in precedenza esami RM? SI NO
- Soffre di claustrofobia? SI NO
- E' in stato di gravidanza? SI NO
- Data ultima mestruazione?
- Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere? SI NO
- Ha mai subito incidenti stradali, incidenti di caccia? SI NO
- È stato vittima di traumi da esplosioni? SI NO
- Ha subito interventi chirurgici su:
 - testa addome collo estremità
 - torace occhi..... altro

È portatore di:

- **Pace-maker cardiaco** o altri tipi di cateteri cardiaci? SI NO
- Defibrillatori impiantati? SI NO
- Clips su aneurismi (vasi sanguigni) aorta-cervello? SI NO
- Schegge o frammenti metallici? SI NO
- Protesi valvolari cardiache?..... SI NO
- Stents? SI NO
- Distrattori della colonna vertebrale? SI NO
- Pompa per infusione per insulina o altri farmaci? SI NO
- Corpi metallici nelle orecchie o impianti per udito? SI NO
- Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali? SI NO
- Corpi intrauterini (spirale)?..... SI NO
- Derivazione spinale o ventricolare? SI NO
- Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari etc.)
viti, chiodi, filo, etc.? Localizzazione SI NO
- Altre protesi? SI NO
- Protesi dentarie fisse o mobili? SI NO
- Protesi del cristallino? SI NO
- E' affetto da anemia falciforme?. SI NO
- Ritieni di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo
di cui potrebbe non essere a conoscenza? SI NO
- È portatore di piercing? Localizzazione..... SI NO
- Presenta tatuaggi? Localizzazione..... SI NO
- Sta utilizzando cerotti medicali? SI NO
- Soffre di allergie? Quali? SI NO

Per effettuare correttamente l'esame occorre:

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

Il medico responsabile dell'esame RM, preso atto delle risposte fornite dal paziente ed espletata l'eventuale visita medica e/o ulteriori indagini diagnostiche preliminari, autorizza l'esecuzione dell'esame

.....
data **Firma del Medico Responsabile**

ATTESTAZIONE di VOLONTÀ per RISONANZA MAGNETICA (informativa allegata)

Io sottoscritto/a* sono stato informato/a in merito alla proposta di essere sottoposto a:

RISONANZA MAGNETICA, come da informativa allegata

Mi sono state fornite spiegazioni, con il supporto dell'informativa scritta qui allegata, su tutti i seguenti aspetti:

- diagnosi o sospetto diagnostico
- possibili varianti nell'esecuzione
- scopo e benefici della prestazione proposta
- rischi prevedibili legati alla non esecuzione
- possibilità di alternative
- possibili problemi di recupero
- rischi prevedibili e controindicazioni legate all'esposizione ai campi elettromagnetici generati dall'apparecchiatura RM.

Avendo compreso quanto riportato nell'informativa, essendo consapevole dell'importanza delle risposte da me fornite, liberamente e consapevolmente:

Accenso (o **Non accenso**) ad essere sottoposto a esame di Risonanza Magnetica, tenuto conto anche delle conseguenze menomanti prevedibili, temporanee o permanenti, derivanti dall'esecuzione della prestazione proposta, così come descritte nell'informativa specifica.

Dichiaro di ESSERE o **NON ESSERE** in stato di gravidanza certa o presunta

Firma della paziente: **X**

Dichiaro di aver ricevuto copia dell'informativa scritta (mod.A 33), personalizzata con l'indicazione delle eventuali varianti, specifiche per la mia persona.

Firma paziente (o chi ne fa le veci)* **X**

data ___/___/___ Nome e Cognome di chi ne fa le veci*

Firma Medico Responsabile esame.....

Consenso ottenuto con l'ausilio di: Interpreti *Firma interprete*

Revoca del consenso **Firma paziente** (o chi ne fa le veci)*

data ___/___/___ Nome e Cognome di chi ne fa le veci*

Motivazione:.....

(*) paziente, esercente la potestà, tutore