



ISTITUTO ORTOPEDICO GALEAZZI
ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO

INFORMATIVA E CONSENSO PER L'ESECUZIONE DELL'ESAME DI RISONANZA MAGNETICA

- Paziente esterno
 Paziente interno

Cognome _____

Nome _____

Data nascita _____

Per Paziente interno applicare etichetta identificativa

Informazioni per il paziente

L'esame con Risonanza Magnetica viene effettuato senza l'impiego di raggi X, utilizzando solo un forte campo magnetico ed onde a radiofrequenza. L'esame non è né doloroso né fastidioso. Lei dovrà solo mantenere per un certo tempo l'assoluta immobilità sul lettino. Durante l'esame sentirà un rumore ritmico che dipende dal normale funzionamento dell'apparecchiatura.

La durata dell'indagine può essere molto diversa in rapporto al tipo di esame (20 minuti – 1 ora).

Il nostro personale è sempre presente a Sua disposizione per qualsiasi necessità.

SI PREGA DI PORTARE CON SE TUTTI GLI ESAMI RADIOLOGICI E STRUMENTALI PRECEDENTI ED EVENTUALI COPIE DI CARTELLE CLINICHE INERENTI AL QUESITO DIAGNOSTICO.

Questionario anamnestico

Questa sezione è parte integrante della documentazione clinica del Paziente e deve essere compilata e firmata dal Paziente e dal Medico curante.

Peso kg _____ Altezza cm _____

Precedenti reazioni allergiche a mezzi di contrasto SI NO

Asma o allergopatia trattata farmacologicamente SI NO

Nefropatia o Insufficienza Renale SI NO

Claustrofobia SI NO

Esame proposto:

Quesito diagnostico:

Controindicazioni assolute all'esecuzione dell'esame RM

Paziente portatore di pace-maker cardiaco SI NO

In caso di risposta affermativa l'indagine **NON** può essere eseguita in questo Istituto.

Controindicazioni relative all'esecuzione dell'esame RM

L'effettiva controindicazione all'effettuazione dell'indagine RM, anche in caso di sussistenza di una sola delle condizioni sotto elencate è valutata dal **Medico radiologo.**

Paziente con anemia falciforme? SI NO

Ha subito interventi chirurgici su testa, collo, addome, cuore, torace, arti? SI NO

Se si indicare quali e portare la documentazione relativa all'intervento subito _____

se è in possesso di documentazione relativa all'intervento è necessario fornirla al momento dell'esame

E' portatore di pompe di infusione di farmaci? SI NO

Ha dispositivi intrauterini (spirale, IUD)? SI NO

Se SI, è utile valutazione ginecologica successiva all'esame

Ha un tatuaggio eseguito da meno di 6 mesi? SI NO

Ha febbre? SI NO

E' in stato di gravidanza accertata o presunta? SI NO

Se SI, indichi in quale settimana si trova _____

NB: la risonanza magnetica è controindicata nel 1° trimestre di gravidanza

Firma **Paziente** _____

Timbro e firma **Medico curante** _____

