

MODULO INFORMATIVO/ANAMNESTICO PER ESECUZIONE DI INDAGINI DI RISONANZA MAGNETICA

Cognome Nome data di nascita/...../..... peso

IN BASE ALLA VALUTAZIONE CLINICO-ANAMNESTICA E ALLA DOCUMENTAZIONE ATTUALMENTE A DISPOSIZIONE, SI DICHIARA CHE IL PAZIENTE

 PRESENTA UNA DELLE SEGUENTI **CONDIZIONI** PER LE QUALI L'INDAGINE RM SARÀ ESEGUIBILE SOLO PREVIA VALUTAZIONE DEI RISCHI CHE LA STESSA PUÒ COMPORTARE:

<ul style="list-style-type: none"> Dispositivi medici impiantabili attivi (pacemaker, defibrillatore, neurostimolatore, ...) NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> <p><i>Se SI specificare la tipologia di dispositivo:</i> in assenza di tale informazione è obbligatorio, al momento dell'esecuzione della prestazione, presentare la documentazione relativa al dispositivo attivare specifico percorso aziendale se presente - la decisione finale di eseguire l'esame spetta alla Radiologia e solo per dispositivi CONDITIONAL</p>
<ul style="list-style-type: none"> Elementi endocorporei <u>metallici</u> (catetere Swan-Ganz, chiodi/fili/placche/viti, clips aneurismatiche cerebrali vascolari, distrattori colonna, elettrocateri, filtri vascolari, interventi cataratta anteriori anno 2000, IUD, proiettili ritenuti, protesi stapediali, schegge/frammenti metallici, shunt ventricolo-peritoneali, stent/spirali, valvole cardiache) NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> <p><i>Se SI, specificare tipologia e sede:</i> attivare specifico percorso aziendale se presente - la decisione finale di eseguire l'esame spetta alla Radiologia</p>
<ul style="list-style-type: none"> Altre condizioni di rischio e/o da segnalare <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Claustrofobia <input type="checkbox"/> Espansori mammari <input type="checkbox"/> Gravidanza <input type="checkbox"/> Obesità (tale da compromettere l'ingresso del paziente nel tunnel del magnete) <input type="checkbox"/> Tatuaggi, piercing non rimovibili <p>attivare specifico percorso aziendale se presente - la decisione finale di eseguire l'esame spetta alla Radiologia</p>

 PRESENTA UNA DELLE SEGUENTI **CONDIZIONI** PER LE QUALI L'EVENTUALE SOMMINISTRAZIONE DI **MEZZO DI CONTRASTO** IN CORSO DI INDAGINE RM SARÀ POSSIBILE SOLO PREVIA VALUTAZIONE DEI RISCHI CHE LA STESSA PUÒ COMPORTARE:

<ul style="list-style-type: none"> Ha eseguito in precedenza esami RM con MDC NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NON SO <input type="checkbox"/> Ha manifestato precedenti reazioni avverse a RM con MDC NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> <p><i>Se SI descrivere il tipo di reazione:</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> Anamnesi positiva per altre problematiche allergiche NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> <p><i>Se SI specificare:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Allergie a farmaci/sostanze, specificare farmaco/sostanza: <input type="checkbox"/> Anafilassi idiopatica <input type="checkbox"/> Angioedema ricorrente <input type="checkbox"/> Asma bronchiale non controllata da terapia <input type="checkbox"/> Malattia allergica trattata farmacologicamente <input type="checkbox"/> Mastocitosi <input type="checkbox"/> Orticaria in atto <p>attivare specifico percorso aziendale se presente - la decisione finale di eseguire l'esame spetta alla Radiologia ed in caso di reazione a MDC, previa valutazione del tipo di molecola precedentemente utilizzata</p>
<ul style="list-style-type: none"> Anamnesi positiva per condizioni predisponenti un danno renale NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> <p><i>Se SI Specificare:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Diabete mellito <input type="checkbox"/> Insufficienza renale acuta episodi progressi <input type="checkbox"/> Insufficienza renale cronica, se in emodialisi indicare giornate di trattamento <input type="checkbox"/> Nefropatie/Proteinuria <p>Se SI è obbligatorio, al momento dell'esecuzione della prestazione, presentare il referto di creatininemia (comprensivo di eGFR) con data non antecedente a 3 mesi</p>

Data/...../.....

Timbro e firma del Medico proponente

Firma per presa Visione del medico Radiologo

Raccomandazioni generali:

- per **RM cardiache/ addominali** -> **diggiuno da cibi solidi da almeno 6 ore**, continuando la normale assunzione di acqua e di eventuali farmaci,
- Il paziente prima dell'esame deve **rimuovere tutti i prodotti cosmetici ed eventuali lenti a contatto**.