



Azienda USL Toscana sud est

**MODULO per ESAMI di RISONANZA MAGNETICA (RM)  
(Da compilarsi a cura del Medico Richiedente)**

COGNOME.....

NOME .....

DATA e LUOGO di NASCITA .....

PESO (KG) .....

RESIDENZA - DOMICILIO.....

Comune..... CAP ..... Telefono .....

Telefono cellulare ..... Email.....

**MEDICO RICHIEDENTE**.....

**Indagine Richiesta**.....

**Importante: se con mezzo di contrasto (mdc) paramagnetico ev, è necessario digiuno.**

**ANAMNESI CLINICA** .....

Nefropatia: SI  NO

**riportare valore recente di Creatininemia** (eseguito da non più di 3 mesi): ..... *(obbligatoria <3 e >65 aa. di età)*

Epatopatia: SI  NO  Diabete Mellito: SI  NO  Cardiopatia: SI  NO

Iperensione arteriosa: SI  NO  Ipertireosi: SI  NO  Epilessia: SI  NO

Precedenti esami RM con mdc paramagnetico: SI  NO

Allergia a mdc paramagnetico: SI  NO  Altre allergie: SI  NO  **se SI specificare:**

Gravidanza: SI  NO  **se SI, riportare la settimana:** ..... Allattamento: SI  NO

**QUESITO CLINICO** .....

DATA

TIMBRO E FIRMA LEGGIBILE DEL MEDICO RICHIEDENTE

**QUESTIONARIO ANAMNESTICO per ESAMI DI Risonanza Magnetica**  
(Redatto sulle indicazioni riportate nel D.M. 02-08-1991 e s.m.i.)

Il “questionario anamnestico” ha lo scopo di accertare l’assenza di controindicazioni all’esame RM. Tale questionario deve essere attentamente compilato dal Medico Responsabile dell’esame per ogni paziente prima che il paziente sia sottoposto all’esame RM e firmato dal Medico stesso. Risposte affermative ad uno o più quesiti possono comportare controindicazione anche assoluta all’esecuzione dell’esame RM. Si riportano di seguito i contenuti minimi consigliati del “questionario anamnestico” preliminare all’esecuzione dell’esame RM:

Ha eseguito in precedenza esami RM ?	SI	NO
Ha avuto reazioni allergiche dopo mezzo di contrasto RM?	SI	NO
Soffre di claustrofobia?	SI	NO
Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere?	SI	NO
Ha mai subito incidenti stradali, incidenti di caccia?	SI	NO
E’ stato vittima di traumi da esplosioni?	SI	NO
E’ in stato di gravidanza?	SI	NO

- Ultime mestruazioni avvenute: .....
- Ha subito interventi chirurgici su:
  - Testa..... Addome .....
  - Collo..... Estremità .....
  - Torace..... Altro .....
- E’ a conoscenza di avere uno o più dispositivi medici o corpi metallici all’interno del corpo?  
SI.....NO.....
- E’ portatore di:
  - Pace-Maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci ?.....SI.....NO
  - Schegge o frammenti metallici?.....SI.....NO
  - Clips su aneurismi (vasi sanguigni),aorta,cervello?.....SI.....NO
  - Valvole cardiache ?.....SI.....NO
  - Stents? .....
  - Defibrillatori impiantati ?.....SI.....NO
  - Distrattori della colonna vertebrale ?.....SI.....NO
  - Pompa di 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
  - Altri tipi di stimolatori ?.....SI.....NO
  - Corpi intrauterini?.....SI.....NO
  - Derivazione spinale o ventricolare?.....SI.....NO
  - Protesi dentarie fisse o mobili?.....SI.....NO
  - Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, etc), viti,chiodi, filo, etc...?.....SI.....NO
  - Altre protesi ?.....SI.....NO
  - ( se SI' Localizzazione .....

• Informazioni supplementari

- E' affetto da anemia falciforme ?.....SI.....NO  
E' portatore di protesi del cristallino ?.....SI.....NO  
E' portatore di piercing ?.....SI.....NO  
- Localizzazione .....
- Presenta tatuaggi ?.....SI.....NO  
-Localizzazione .....
- Sta utilizzando cerotti medicali ?.....SI.....NO

**Per effettuare l'esame RM occorre non indossare (e togliere)**

eventuali lenti a contatto - apparecchi per l'udito - dentiera - corone temporanee mobili - cinta erniaria - fermagli per capelli - mollette - occhiali - gioielli - orologi - carte di credito o altre schede magnetiche - coltelli tascabili - ferma soldi - monete - chiavi - ganci - automatici - bottoni metallici - spille - vestiti con lampo - pinzette metalliche - punti metallici - limette - forbici - altri eventuali oggetti metallici.

**Prima di sottoporsi all'esame si prega di asportare cosmetici dal viso**

**IL MEDICO RESPONSABILE DELL'ESAME RM**

Preso atto delle risposte fornite dal paziente ed espletata l'eventuale visita medica

AUTORIZZA L'ESECUZIONE DELL'INDAGINE RM

**Data**

**Firma del Medico Responsabile dell'esame RM**

.....

**IL PAZIENTE**

Ritiene di essere stato sufficientemente informato sui rischi e sulle controindicazioni all'esposizione ai campi elettromagnetici generati dall'apparecchiatura RM, dichiara di aver collaborato nel modo ottimale alla compilazione del questionario anamnestico, ed acconsente all'esecuzione dell'esame RM.

**Firma del paziente (\*)**

**Data**

.....

**(\*) In caso di paziente minorenne è necessaria la firma di un genitore o di chi ne fa le veci.**



Azienda USL Toscana sud est

## MODELLO di CONSENSO INFORMATO a Esame di Risonanza Magnetica (RM)

Il/La sottoscritto/a.....  
nato/a a ..... il .....

e perfettamente in grado di intendere e di volere, dichiara di:

essere stato/a esaurientemente informato/a circa l'indicazione clinica, l'utilità, le modalità di esecuzione, tutte le possibili reazioni avverse e i fattori di rischio degli accertamenti clinici e diagnostici mediante RM a cui sarà sottoposto.

Il/La sottoscritto/a in particolare prende atto che:

- L'esame RM in pazienti di sesso femminile durante i primi tre mesi di gravidanza è sconsigliato tranne nei casi di effettiva e improrogabile necessità.
- La somministrazione del mezzo di contrasto per via endovenosa è parte integrante dell'esame RM e, in alcuni tipi di indagini, è indispensabile per una corretta diagnosi. Il mezzo di contrasto non deve essere somministrato alle donne in stato di gravidanza e, quindi, l'eventuale stato di gravidanza deve essere preventivamente comunicato al Medico Responsabile dell'esame RM. E' opportuno comunicare anche l'eventuale fase di allattamento del proprio figlio.
- La somministrazione del mezzo di contrasto può comportare alcuni lievi effetti collaterali (sensazione di calore, rossore, nausea, vomito, cefalea, eruzioni cutanee, prurito) che si risolvono spontaneamente o con una leggera terapia endovenosa.
- L'impiego del mezzo di contrasto, in casi rarissimi e con un'incidenza non prevedibile e quantificabile, ma comunque molto bassa, può comportare reazioni come sclerosi sistemica nefrogenica e shock anafilattico. E' necessario perciò comunicare al Medico Responsabile dell'esame ogni eventuale tipo di allergia prima dell'esame stesso.
- Un medico esperto nelle metodologie di diagnostica mediante RM è sempre presente durante l'esecuzione dell'esame RM ed un Medico Rianimatore è sempre immediatamente reperibile all'interno della struttura per garantire un pronto intervento in caso di emergenza.
- Ogni eventuale chiarimento in merito all'esecuzione dell'esame RM può essere richiesto al personale medico e paramedico di servizio presso il sito RM.
- Il/La sottoscritto/a, informato/a sulle controindicazioni relative all'esame RM, acconsente all'esecuzione dell'esame stesso: SI.....NO
- Il/La sottoscritto/a, informato/a sui rischi connessi qualora l'esame RM richiedesse l'impiego del mezzo di contrasto, acconsente all'uso del mezzo di contrasto: SI.....NO
  - Il/La sottoscritto/a, informato/a dei rischi connessi qualora dovesse essere sottoposto/a ad anestesia o a sedazione profonda durante l'esame RM, acconsente a sottoporsi ad indagine diagnostica eseguita in narcosi: SI..... NO
  - Il/La sottoscritto/a acconsente al trattamento anonimo dei dati personali a fini inerenti la ricerca clinica ai sensi delle norme di legge in materia di protezione dei dati personali (DDL 196/2003, 190/2008) e delle norme della buona pratica clinica (DL 211/2003) SI.....NO

Data

Firma del Medico Responsabile dell'esame RM

.....

.....

Firma del paziente (\*) .....

(\*) In caso di paziente minorenne, è necessaria la firma di un genitore o di chi ne fa le veci.