

Dati Identificativi del paziente (o dei genitori o degli aventi tutela legale)

Nome e Cognome del Paziente _____

Nato/a _____ il _____ Peso _____ Creatinina _____

Spazio riservato ai genitori/aventi tutela legale del minore di età

- Nome e Cognome del Genitore _____

Nato/a _____ il _____ in qualità di: padre madre tutore esercente esclusivamente la responsabilità genitoriale

- Nome e Cognome del Genitore _____

Nato/a _____ il _____ in qualità di: padre madre tutore

Per pazienti minorenni firmano entrambi i genitori

Il genitore che sottoscrive il presente modulo in assenza dell'altro genitore dichiara – sotto la propria responsabilità – di manifestare la volontà di entrambi gli esercenti la potestà genitoriale. (art. 47- D.P.R. 18 dicembre 2000 n.445)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI ex art. 46 D.P.R. n. 445/2000. Il dichiarante è consapevole delle conseguenze in termini di responsabilità penale, che derivano dal rilasciare attestazioni non veritiere.

- **Paziente privo in parte/del tutto di autonomia decisionale**

Nome e cognome del legale rappresentante _____

Nato/a _____ il _____

RM NON ESEGUIBILE IN PRESENZA DI

Pacemaker cardiaco o defibrillatore interno	SI	NO	Protesi oculari magnetiche	SI	NO
---	----	----	----------------------------	----	----

ANAMNESI

Il paziente è stato sottoposto a interventi chirurgici alla seguente parte del corpo:

testa collo torace addome rachide arti

Specificare tipo di intervento _____

Ha eseguito in precedenza esami RM	SI	NO	Portatore di clips endocraniche, endorbitarie, endovascolari	SI	NO
Soffre di claustrofobia	SI	NO	Ha subito incidenti stradali/di caccia/traumi	SI	NO
È affetto da insufficienza renale	SI	NO	Lavora o ha lavorato come fabbro, tornitore, saldatore, carrozziere, addetto alla lavorazione di vernici metallizzate	SI	NO
È affetto da anemia falciforme	SI	NO	Portatore di schegge o corpi metallici, anche punti, chiodi, fili dovuti a traumi, colpi d'arma da fuoco/esplosioni o altre protesi	SI	NO
Portatore di protesi auricolari o cocleari (orecchio interno)	SI	NO	Portatore di pompe per infusione di farmaci	SI	NO
Portatore di protesi dentarie fisse o mobili	SI	NO	Portatore di neurostimolatori, elettrodi endocerebrali o sottodurali	SI	NO
Portatore di piercing removibili	SI	NO	Portatore di sonde di derivazione ventricolare o spinale	SI	NO
Portatore di lenti a contatto	SI	NO	Portatore di valvole cardio-vascolari o cateteri cardiaci	SI	NO
Presenza tatuaggi/cerotti medicali	SI	NO	GRAVIDANZA in atto Data ultime mestruazioni ___/___/___	SI	NO
Portatore protesi ortopediche o detrattori della colonna vertebrale	SI	NO	Allattamento al seno in atto	SI	NO

Il paziente in base alle informazioni ricevute

DICHIARA DI

- Aver letto l' informativa allegata al presente consenso con tutte le indicazioni per l' esecuzione dell' esame;
- aver compreso finalità e vantaggi dell' esame, possibili rischi e complicanze, controindicazioni legate all' esposizione ai campi elettromagnetici generati dall' apparecchiatura RM;
- aver risposto alle domande del questionario anamnestico, fornendo tutte le informazioni sulle proprie condizioni di salute;
- aver compreso modalità e motivazioni della somministrazione del mezzo di contrasto;
- non avere necessità di richiedere altri chiarimenti sull' esame.

In piena consapevolezza delle gravi conseguenze che possono rivestire risposte false o mendaci ai quesiti sottoposti e in piena libertà di decisione

ACCONSENTE A SOTTOPORSI

- All' esame di Risonanza Magnetica

Firma del paziente (o genitore/i/tutore/amm. di sostegno) _____

Firma del Medico responsabile dell' esame

Data ___/___/___

SEZIONE RISERVATA IN CASO DI RISONANZA MAGNETICA CON MEZZO DI CONTRASTO

Il paziente che deve effettuare RM con MDC deve presentarsi con referto di CREATINEMIA non antecedente i 90 giorni.

Il paziente deve inoltre dichiarare se:

- Ha mai avuto reazioni allergiche a mezzo di contrasto utilizzato per RM o TC SI NO
- Ha qualche tipo di reazione allergica (anche lieve) in atto ora o pochi giorni prima dell' esame SI NO
- Ha sofferto di manifestazioni allergiche SI NO

SEZIONE RISERVATA AI PAZIENTI CON PREGRESSA REAZIONE ALLERGICA A MEZZO DI CONTRASTO O METALLI (NICHEL)

Io sottoscritto (Cognome e nome) _____ nato il ___/___/___ dichiaro di essere stato informato in merito alla preparazione farmacologica inviata dall' Istituto e di aver compreso che:

- Tale preparazione non previene le reazioni allergiche, ma ne riduce l' intensità
- In caso di mancata assunzione dei farmaci previsti l' esame **NON** verrà effettuato

Dichiaro inoltre di aver assunto la terapia prescritta dal mio medico curante 13 ore prima, 7 ore prima e 1 ora prima dell' esecuzione dell' esame:

Firma del paziente (o genitore/i/tutore/amm. di sostegno) _____

In piena consapevolezza delle gravi conseguenze che possono rivestire risposte false o mendaci ai quesiti sottoposti e in piena libertà di decisione

ACCONSENTE A SOTTOPORSI

- Alla somministrazione per via endovenosa del mezzo di contrasto paramagnetico

Firma del paziente (o genitore/i/tutore/amm. di sostegno) _____

Firma del Medico responsabile dell' esame

Data ___/___/___