

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:

Dispositivi medici impiantabili attivi (pacemaker, defibrillatore, neurostimolatore, ...) NO ☐ SI ☐ <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
Elementi endocorporei <u>metallici</u> (catetere Swan-Ganz, chiodi/fili/placche/viti, clips aneurismatiche cerebrali vascolari, distrattori colonna, elettrocateteri, filtri vascolari, interventi cataratta anteriori anno 2000, IUD, proiettili ritenuti, protesi stapediali, schegge/frammenti metallici, shunt ventricolo-peritoneali, stent/spirali, valvole cardiache) NO ☐ SI ☐ <i>Se SI, specificare tipologia e sede:</i> attivare specifico percorso aziendale se presente - la decisione finale di eseguire l'esame spetta alla Radiologia
Altre condizioni di rischio e/o da segnalare ☐ Claustrofobia ☐ Espansori mammari ☐ Gravidanza ☐ Obesità (tale da compromettere l'ingresso del paziente nel tunnel del magnete) ☐ Tatuaggi, piercing non rimovibili attivare specifico percorso aziendale se presente - la decisione finale di eseguire l'esame spetta alla Radiologia

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:

- Ha eseguito in precedenza esami RM con MDC NO ☐ SI ☐ NON SO ☐ - Ha manifestato precedenti reazioni avverse a RM con MDC NO ☐ SI ☐ <i>Se SI descrivere il tipo di reazione:</i>
Anamnesi positiva per altre problematiche allergiche NO ☐ SI ☐ <i>Se SI specificare:</i> ☐ Allergie a farmaci/sostanze, specificare farmaco/sostanza: ☐ Anafilassi idiopatica ☐ Angioedema ricorrente ☐ Asma bronchiale non controllata da terapia ☐ Malattia allergica trattata farmacologicamente ☐ Mastocitosi ☐ Orticaria in atto 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
Anamnesi positiva per condizioni predisponenti un danno renale NO ☐ SI ☐ <i>Se SI Specificare:</i> ☐ Diabete mellito ☐ Insufficienza renale acuta episodi pregressi ☐ Insufficienza renale cronica, se in emodialisi indicare giornate di trattamento ☐ Nefropatie/Proteinuria 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

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

Timbro e firma del Medico proponente

Firma per presa Visione del medico Radiologo

Raccomandazioni generali:

- per **RM cardiache/ addominali** -> **digiuno 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**.