



TIPO DI ESAME RM _____

Preso atto dell'informativa scritta, ai sensi dell'art.13 del suddetto decreto, il/la sottoscritto/a:

Cognome _____ Nome _____

Nato/a il ____ / ____ / ____ a _____ Prov. _____ Naz. _____

Indirizzo _____ n. _____ cap _____

Città _____ n.tel. _____

Indirizzo mail _____

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 "**Regolamento o GDPR**", **Ecorad S.r.l. (il "Titolare")**, raccoglie Dati Personali dell'Interessato per finalità di cura, amministrative, di comunicazione e di adempimento agli obblighi di legge. I dati raccolti verranno conservati per il tempo minimo necessario al completamento della finalità per cui vengono raccolti.

I dati raccolti sono trattati secondo i principi di correttezza, liceità e trasparenza e con l'adozione di idonei livelli di sicurezza, non sono diffusi o trasferiti a terzi se non per il raggiungimento della finalità per cui vengono raccolti.

Tramite richiesta al Titolare l'Interessato può esercitare i propri diritti di accesso, portabilità, rettifica, cancellazione, limitazione, revoca del consenso prestato, opposizione.

L'Interessato può proporre reclamo al Garante per la Protezione dei Dati Personali (in Italia, www.garanteprivacy.it), o all'Autorità Garante dello Stato dell'UE in cui risiede abitualmente o lavora, oppure del luogo ove si è verificata la presunta violazione.

L'informativa Privacy completa è disponibile sul sito www.ecoradsrl.org

Firma del paziente _____

Per il paziente minore: Firma del genitore/tutore _____

Informazioni Anamnestiche

NOTA INFORMATIVA RELATIVA ALL'ESAME RM

La risonanza Magnetica (RM) è una tecnica diagnostica che non utilizza radiazioni ionizzanti o sostanze radioattive. La diagnostica mediante RM sfrutta l'impiego di intensi campi statici di induzione magnetica e onde elettromagnetiche a RF. In alcuni tipi di indagine possono anche essere somministrate al paziente, per via endovenosa, alcune sostanze con proprietà paramagnetiche come mezzo di contrasto. Ad eccezione di tali casi, la RM si configura come un esame diagnostico non invasivo. Nel caso di esami su donne in stato di gravidanza accertata o presunta, particolare attenzione è rivolta alla giustificazione, in particolare, in particolare in regime di urgenza e all'ottimizzazione dell'esame RM, nei confronti e tenendo conto sia della paziente che del nascituro.



Nel corso dell'esame RM è molto rara l'insorgenza di reazioni avverse. L'evenienza più probabile è rappresentata da una crisi di claustrofobia a carattere passeggero. L'impiego del mezzo di contrasto a base di sostanze paramagnetiche è generalmente ben tollerato e non provoca alcuna sensazione particolare. Raramente possono comunque verificarsi episodi di ipersensibilità come orticaria o altri fenomeni allergici. In casi rarissimi sono stati riportati episodi di shock anafilattico. Il sito RM garantisce sempre la presenza di personale medico specializzato pronto a intervenire in caso di emergenze mediche di tale genere.

ESECUZIONE DELL'ESAME RM

I pazienti possono essere sottoposti all'esame RM solo previa esclusione di ogni possibile controindicazione dell'esame RM, da accertarsi a cura del Medico Responsabile delle prestazioni diagnostiche (MRP), previo utilizzo dell'apposito questionario anamnestico e del modulo di consenso informato. Per effettuare l'esame RM è necessario che il paziente ove nel caso non sia supportato dal personale di servizio, tolga eventuale trucco per il viso e lacca per i capelli, depositi nello spogliatoio o negli appositi armadietti ogni oggetto metallico, ferromagnetico o di supporto magnetico (telefoni cellulari, monete, orologi, chiavi, orecchini, spille, gioielli, fermagli per capelli, tessere magnetiche, carte di credito, ecc); tolga eventuali protesi dentarie e apparecchi per l'udito, tolga lenti a contatto o occhiali; si spogli e successivamente indossi l'apposito camice monouso fornito dal personale di servizio; utilizzi la cuffia o gli appositi tappi auricolari fornitigli. La durata media dell'esame di RM è approssimativamente pari a 30 minuti, ma può variare in relazione a esigenze cliniche e al numero dei distretti anatomici da esaminare. Durante la fase di acquisizione dei dati dell'esame RM sono udibili dei rumori ritmici di intensità variabile provocati dal normale funzionamento dell'apparecchiatura RM. Le condizioni di ventilazione, illuminazione e temperatura sono tali da assicurare il massimo benessere e ridurre possibili claustrofobici. Durante la fase di esame è necessario rimanere tranquilli e mantenere il massimo grado di immobilità per non compromettere il risultato diagnostico dell'immagine. La respirazione regolare e la deglutizione della saliva non disturbano l'esame. In alcuni tipi di indagine può essere richiesto al paziente di collaborare mediante atti respiratori e brevi periodi di apnea al fine di migliorare la qualità diagnostica delle immagini. Nella sala comanda è sempre presente personale di servizio pronto ad intervenire in caso di qualsiasi necessità. Il paziente è sempre in contatto vocale, acustico e visivo con gli operatori che eseguono un controllo costante durante tutta la fase di esame. In caso di insorgenza di disturbi, come sensazione di claustrofobia, calore, prurito, affanno, palpitazioni o svenimento, è opportuno che il paziente avverta quanto prima il medico responsabile dell'esecuzione dell'esame RM utilizzando gli appositi dispositivi di segnalazione.

QUESTIONARIO PRELIMINARE ALL'ESECUZIONE DI UN ESAME R.M.

Segnare con una crocetta la risposta corretta Data la presenza di un alto campo magnetico è vietato l'accesso a persone portatrici di **PACE-MAKER** e impianti od oggetti non compatibili con il campo magnetico. A questo fine si prega di leggere **attentamente** e compilare il seguente questionario:

Ha eseguito in precedenza esami RM?	SI	NO
Soffre di claustrofobia?	SI	NO
Ha avuto reazioni allergiche dopo mezzo di contrasto RM?	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



Quando sono avvenute le ultime mestruazioni?	SI	NO
Ha subito interventi chirurgici? <i>*Se sì quale/i</i> _____	SI*	NO
E' stato operato di derivazione spinale o peritoneale?	SI	NO
E' portatore di: Schegge, proiettili, frammenti metallici nel proprio corpo? <i>*Se sì Localizzazione</i> _____	SI*	NO
Clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello?	SI	NO
Valvole cardiache?	SI	NO
Distrattori della colonna vertebrale?	SI	NO
Pompa di infusione per insulina o altri farmaci?	SI	NO
Pace - maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci?	SI	NO
Corpi metallici nelle orecchie o impianti per l'udito?	SI	NO
Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali?	SI	NO
Corpi intrauterini (diaframma, spirale, ecc.)?	SI	NO
Derivazione spinale o ventricolare?	SI	NO
Protesi metalliche, viti, chiodi, fili metallici, ecc.)? <i>*Se sì: Localizzazione:</i> _____ <i>Anno di impianto</i> _____	SI*	NO
Protesi dentarie fisse o mobili?	SI	NO
Protesi del cristallino? <i>*Se sì in che data</i> _____	SI*	NO
Protesi oculari?	SI	NO
E' portatore di piercing?	SI	NO
Presenta tatuaggi? <i>*Se sì Localizzazione</i> _____	SI*	NO
Sta utilizzando cerotti medicati?	SI	NO
E' affetto da anemia falciforme?	SI	NO
Ha recentemente eseguito altre Risonanze Magnetiche	SI	NO

PER EFFETTUARE L'ESAME RM OCCORRE RIMUOVERE:

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 - calze di nylon - indumenti in acrilico - 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'esecuzione dell'esame RM preso atto delle risposte fornite dal paziente ed espletata l'eventuale visita medica e/o eventuali indagini diagnostiche preliminari

autorizza l'esecuzione dell'indagine RM

firma del Medico _____

data _____



ACQUISIZIONE CONSENSO INFORMATO

Il paziente ritiene di essere stato sufficientemente informato sui rischi e sulle controindicazioni legate all'esposizione ai campi elettromagnetici generati dall'apparecchiatura RM. Pertanto, consapevole dell'importanza delle risposte fornite:

accetta l'indagine proposta

rifiuta l'indagine proposta

firma del paziente _____ **data** _____

CONSENSO INFORMATO ALLA SOMMINISTRAZIONE DI MEZZO DI CONTRASTO

Il paziente ritiene di essere stato sufficientemente informato sui rischi legati alla somministrazione del mezzo di contrasto. Pertanto, reso edotto dal Medico Responsabile della prestazione diagnostica della valutazione dei benefici diagnostici e dei rischi correlati, ne acconsente la somministrazione.

Creatinina _____

Lotto

firma del paziente _____ **Data** _____