



**AUTORIZZAZIONE ESECUZIONE ALL'ESAME CON R.M.N.**

Mod-12\_Pren

Sig.....

Giorno.....Ore.....

**SCHEDA INFORMATIVA E DI CONSENSO  
ALL'ESAME CON RISONANZA MAGNETICA**

**L'esame di Risonanza Magnetica è, secondo le conoscenze attuali, innocuo per l'organismo umano.**

Tuttavia:

- In alcuni casi l'esame può provocare importanti effetti indesiderati e non può quindi essere eseguito (gruppo "A")
- In altri casi l'esame può essere eseguito tranquillamente ma solo dopo valutazione medica o con alcune avvertenze (gruppo "B")

Pertanto, allo scopo di individuare eventuali situazioni a rischio e garantire la più totale sicurezza è necessario compilare il questionario seguente.

**GRUPPO "A" (RMN NON ESEGUIBILE)**

E' portatore di Pace Maker o defibrillatore interno	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Protesi cocleari (orecchio interno)	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Neurostimolatori o stimolatori di crescita ossea	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Protesi oculari magnetica	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Pompe impiantabili per infusione di farmaci	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Soffre di grave claustrofobia	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

**GRUPPO "B" (NECESSARIA VALUTAZIONE MEDICA O AVVERTENZE)**

E' portatore di Clips vascolari cerebrali (aneurisma)	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Protesi o viti ortopediche	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Protesi al cristallino	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Protesi otologiche (orecchio medio)	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Protesi mammarie o espansori	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Protesi valvolari cardiache	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Protesi peniene	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Impianti oculari (molle palpebrali, punti retinici)	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Punti metallici da pregresso intervento	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Schegge metalliche, proiettili	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Frammenti metallici intraoculari	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Porte di accesso vascolare	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Cateteri di derivazione spinale o ventricolare	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Cateteri di Swan-Ganz	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Filtri vascolari, stent	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Sistemi di clampaggio vascolare-carotideo	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Collari o dispositivi di fissaggio cervicale	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Spirali intrauterine	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Diaframma contraccettivo	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Tatuaggi estesi	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
E' in gravidanza	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Soffre di asma o allergie (farmaci,mezzi di contrasto, etc.)	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

**PER EFFETTUARE L'ESAME OCCORRE:**

- Togliere eventuali lenti a contatto, apparecchi per l'udito, dentiera, cinta erniaria, ogni oggetto metallico (fermagli per capelli, mollette, occhiali, gioielli, orologi, carte di credito o altre schede magnetiche, etc.).
- Asportare eventuali cosmetici dal volto.

**N:B:** L'eventuale iniezione di mezzo di contrasto paramagnetico, in caso di necessità, non comporta rischi significativi poiché non esistono reali controindicazioni al suo impiego in risonanza magnetica, fatta eccezione per i pazienti con **gravi forme allergiche**.

Data \_\_\_\_\_

Firma del paziente per consenso \_\_\_\_\_

Firma del medico richiedente \_\_\_\_\_