

CONSENSO INFORMATO ALLA PRESENZA DI ACCOMPAGNATORI IN SALA ESAMI RM

Consenso del genitore/ accompagnatore ad assistere il paziente in sala esami durante l'esecuzione dell'indagine RM

Il Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame

- preso atto delle risposte al questionario sul retro
- valutato il rapporto rischio / beneficio relativamente alla necessità di evitare la sedazione o altre procedure di preparazione pre-esame del paziente da sottoporre ad esame RM,
- acconsente** l'opportunità da parte dell'accompagnatore volontario di poter assistere il paziente durante l'esecuzione dell'esame all'interno della sala esami, al fine di tranquillizzare e mantenere fermo il paziente e di garantire pertanto la possibile esecuzione dell'indagine
- non acconsente** ad assistere il paziente in sala RM

.....
Data

.....
Firma Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame RM

L'accompagnatore

- espletati gli accertamenti anamnestici del caso richiesti dal medico responsabile dell'esame diagnostico,
- preso atto dell'opportunità di poter assistere il paziente onde evitare inopportune o non possibili procedure di preparazione pre-esame sullo stesso,
- consapevole dell'importanza delle risposte fornite nel questionario anamnestico sul retro
- soddisfatto delle informazioni ricevute dal Dott.....
- accetta** di esporsi volontariamente ai rischi legati alla RM presenti durante l'esecuzione dell'esame (campi magnetici statici, variabili e radiofrequenze) a favore e beneficio del paziente assistito
- non accetta** di esporsi volontariamente ai rischi legati alla RM presenti durante l'esecuzione dell'esame (campi magnetici statici, variabili e radiofrequenze) a favore e beneficio del paziente assistito

.....
Data

.....
Firma del genitore/accompagnatore volontario

QUESTIONARIO ANAMNESTICO ESAME RM

Cognome Nome Nato/a il

- Ha eseguito in precedenza esami RM ? SI NO
- Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere ? SI NO
- Ha mai subito incidenti stradali, incidenti di caccia, traumi da esplosione? SI NO
- Schegge o frammenti metallici nel corpo ? SI NO
- Ha subito interventi chirurgici su: Testa Addome Collo Estremità Torace Occhi Altro
- E' a conoscenza di avere uno o più dispositivi medici o corpi metallici all'interno del corpo tipo:
- Pace-Maker cardiaco, cateteri cardiaci, valvole cardiache, stent, clips chirurgiche vascolari ? SI NO
- Corpi metallici nelle orecchie o impianti per udito ? SI NO
- E' portatore di protesi del cristallino, protesi dentarie fisse o mobili? SI NO
- Defibrillatori impiantati, pompa di infusione per insulina o altri farmaci ? SI NO
- Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali o altre sedi ? SI NO
- Distrattori della colonna vertebrale? SI NO
- Protesi, placche, viti, chiodi, filo, da interventi ortopedici? SI NO
- Derivazione spinale o ventricolare ? SI NO
- E' portatore di piercing e tatuaggi ? SI NO
- Sta utilizzando cerotti medicali, spirale intrauterina (IUD) o diaframma contraccettivo ? SI NO

.....
Firma accompagnatore

I pazienti portatori dei dispositivi metallici sopra indicati devono produrre certificazione scritta in loro possesso relativa alla magneto compatibilità del materiale metallico impiantato, firmata dal medico della struttura dove è stato effettuato l'intervento. Qualora la certificazione non fosse disponibile, il medico radiologo deciderà se effettuare l'indagine basandosi sulle informazioni disponibili e, eventualmente, su indagini pregresse.

DICHIARAZIONE DI NON GRAVIDANZA

Preliminari informazioni a seguito delle disposizioni per la Radioprotezione (D. Lgs. 101/2020) che richiedono la comunicazione allo specialista radiologo, da parte della Paziente in età fertile, dello stato di gravidanza certa o presunta.

La sottoscritta nata il, che deve sottoporsi in data odierna ad esame radiologico, debitamente informata dal personale sanitario delle conseguenze derivanti dall'esposizione a radiazioni ionizzanti in caso di gravidanza,

DICHIARA di non essere in stato di gravidanza certa o presunta.

.....
Data

.....
Firma della paziente