

ISTRUZIONI PER ESECUZIONE RISONANZA MAGNETICA SENZA MDC

E' necessario che ogni utente, la cui Risonanza Magnetica è stata prescritta da un Medico di Base o da Medico specialista esterno alla nostra Struttura Ospedaliera, si presenti all'esecuzione dell'esame con il modulo del consenso informato debitamente compilato.

Tale modulo viene consegnato allo sportello del Cup al momento della prenotazione o in qualsiasi momento venga richiesto.

Si ricorda che l'esecuzione dell'esame è subordinato alla regolarizzazione del ticket e che accedere in ritardo all'ambulatorio potrebbe causare un rimando dell'esame. Sollecitiamo quindi di provvedere con largo anticipo alla regolarizzazione ticket soprattutto per le prestazioni che vengono eseguite in orari di chiusura della cassa.

ATTENZIONE:

L'esecuzione dell'esame radiologico di Risonanza Magnetica è vincolato da dimensioni e spazi dell'apparecchiatura strumentale a nostra disposizione. In caso debba eseguire Risonanza Magnetica a spalla, ginocchio, rachide cervicale o lombare Le chiediamo, pertanto, di valutare con un nostro Operatore Tecnico eventuali impedimenti dovuti a CORPORATURE FISICHE ROBUESTE o SOFFERENZE CLAUSTROFOBICHE (paura degli spazi chiusi).

Il Coordinatore Tecnico è a Vs. disposizione per queste valutazioni e/o domande al riguardo al seguente numero telefonico 0376/517564

CONSENSO INFORMATO PER RISONANZA MAGNETICA

Io sottoscritto/a _____ nato/a il _____

in qualità di esercente la potestà sul minore _____

in qualità di tutore di _____

DICHIARO

- di essere stato chiaramente ed esaurientemente informato dal Dr. _____
(Unità Operativa/ Servizio di _____ recapito telefonico: _____)
- di essere affetto dalla seguente sintomatologia/ patologia
_____ per la quale è indicato il seguente esame: risonanza magnetica
- di essere stato chiaramente ed esaurientemente informato che l'esame/ procedura proposto presenta i seguenti:
potenziali benefici:
- consentire la diagnosi e/o stadiazione per avviare un eventuale successivo iter diagnostico-terapeutico
 - altri _____
- possibili inconvenienti/complicanze/problemi di recupero:
- Riscaldamento (diffuso o localizzato) di alcune parti del corpo e/o contrazione involontaria o sensazione di pulsazione in alcuni muscoli
 - Allergie al mezzo di contrasto paramagnetico (di breve durata e lieve entità, ma in via assolutamente eccezionale anche più gravi e potenzialmente pericolosi per la vita, fino allo shok anafilattico)
 - altri _____
- possibili esiti in caso di non esecuzione:
- mancata risoluzione del quesito clinico con conseguente di aggravamento del quadro clinico
 - altri _____
- possibili alternative cliniche:
- radiografia convenzionale
 - ecografia

- TAC senza mezzo di contrasto iodato
 - nessuna
 - altre _____
- di NON essere portatore dei seguenti dispositivi la cui presenza impedirebbe categoricamente l'esecuzione dell'esame per motivi di sicurezza del paziente stesso
- pace-maker cardiaco
 - clips metalliche, punti di sutura metallici o dispositivi metallici introdotti per interventi chirurgici alla testa, al midollo, alla spina dorsale, al cuore, alle arterie o alle vene, salvo il caso di dispositivi sicuramente amagnetici.
- di NON trovarsi in una o più delle seguenti condizioni che permetterebbero l'esame ma SOLO dopo che il medico che lo esegue ne sia venuto a conoscenza
- gravidanza nei primi tre mesi di gestazione o non può escludere con certezza una gravidanza
 - il paziente soffre di claustrofobia, epilessia, anemia grave, malattia psichiatrica
 - il paziente ha lavorato come tornitore, saldatore, carrozziere, addetto alla lavorazione di vernici metallizzate
 - il paziente ha subito interventi chirurgici alla testa, al cuore o ai grossi vasi
 - il paziente ha subito interventi ortopedici con impianto di protesi metalliche, chiodi, viti, fili metallici
 - il paziente è portatore di neurostimolatori, pompe di infusione per farmaci, protesi acustiche, protesi oculari, protesi dentarie mobili
 - il paziente è portatore di spirale o altro dispositivo intra-uterino
- di essere pienamente cosciente;
- di essere consapevole che non esiste garanzia sul risultato diagnostico finale;
- di aver letto e compreso integralmente quanto riportato sopra e quanto illustrato dal Medico;
- di essere stato chiaramente ed esaurientemente informato che la procedura prevista può essere eseguita da un Medico diverso da quello che mi ha informato;
- di essere stato chiaramente ed esaurientemente informato che l'Ospedale di Suzzara S.p.A. non dispone di alcun posto letto di area critica quali, ad esempio, la Terapia Intensiva-Rianimazione e l'Unità di Cure Coronariche;
- di consentire l'esame sopra indicato
- di non consentire l'esame sopra indicato.

Dichiaro inoltre di essere stato informato che il mio consenso o il mio diniego possono essere da me revocati sino al momento dell'esecuzione della procedura proposta.

OSPEDALE
DI SUZZARA

Suzzara, li _____ Firma _____ del _____ Medico _____ proponente

Firma del sottoscritto/ a _____

Firma del Medico Radiologo _____

Consenso ottenuto con l'ausilio di un interprete ? SI ? NO

Nome dell'interprete _____

Firma dell'interprete _____

Il sottoscritto Dott. _____ dichiara che
il/la Sig./a _____ è in attuale pericolo di
vita,

non è nelle condizioni psicofisiche di poter esprimere il proprio consenso e non è al momento
reperibile altra persona che validamente possa prestarlo al posto suo.

Suzzara, li _____ ora _____ Firma del Medico _____