

**CONSENSO INFORMATO PER L'UTENTE CHE EFFETTUA INDAGINE RM ARTICOLARE**

L'indagine utilizza un campo magnetico intenso e onde elettromagnetiche a radiofrequenza, il campo magnetico agisce sulle strutture anatomiche come una potente calamita, esercitando una attrazione su eventuali materiali metallici presenti.

E' prudente escludere le gestanti soprattutto nei primi tre mesi di gravidanza.

L'indagine richiede l'assoluta immobilità della parte anatomica da esaminare.

La durata media è circa di circa 30 minuti.

Dopo essere entrato deve depositare nell'apposito spazio gli oggetti metallici come: forcine, fermagli per capelli, occhiali, cinture con fibbie, orologi, (possono essere tenuti gli anelli e le catene d'oro); tesserini magnetici, carte di credito, infine togliere eventuali protesi per l'udito e lenti a contatto.

QUESTIONARIO DA COMPILARE PRIMA DI SOTTOPORSI ALLA RM

Al fine di evitare situazioni di rischio e garantire la totale sicurezza:

NON POSSONO EFFETTUARE L'ESAME RM I PORTATORI DI:

- Pace maker o defibrillatore interno	si	no
- protesi cocleari orecchio interno	si	no
- neurostimolatori o sistemi di stimolazione muscolare	si	no
- protesi oculari magnetiche	si	no
- portatori di frammenti metallici oculari e periorbitali	si	no
- pompe per l'insulina	si	no
- chi è affetto da anemia falciforme	si	no

POSSONO EFFETTUARE L'ESAME RM PREVIA VALUTAZIONE I PORTATORI DI:

- clips vascolari cerebrali (operati aneurisma)	si	no
- protesi o viti ortopediche	si	no
- protesi al cristallino	si	no
- protesi orecchio	si	no
- espansori mammari	si	no
- protesi peniene	si	no
- protesi valvolari cardiache	si	no
- punti metallici da pregresso intervento	si	no
- corpi estranei (schegge metalliche, da proiettile)	si	no
- catetere di derivazione spinale o ventricolare	si	no
- filtri vascolari, stent	si	no
- spirale uterina, diaframma contraccettivo	si	no
- tatuaggi	si	no
- è in gravidanza o presume di esserlo	si	no

DICHIARO di aver risposto con precisione alle domande e di essere stato informato adeguatamente

DATA.....FIRMA MEDICO RADIOLOGO Dott.

DATA.....FIRMA PAZIENTE.....

Atto di espressione del consenso sulla privacy (art. 23 D.Lgs. 196/2003: codice in materia di protezione dei dati personali): dichiaro di aver ricevuto le informazioni sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art.13 del D.Lgs.196/2003 e presto il mio consenso al trattamento, alla comunicazione e alla diffusione dei dati personali, compresi quelli idonei a rilevare lo stato di salute, per i fini, nell'ambito e ai soggetti indicati nell'informativa.

Acquisizione del consenso informato: io sottoscritto, come sopra identificato, dichiaro di essere a conoscenza delle procedure diagnostiche e di consentire espressamente all'effettuazione della stessa.

Firma _____