



**CASA DI CURA PRIVATA POLISPECIALISTICA SANT'ELENA
SERVIZIO DI RADIOLOGIA**

Responsabile: Dott.ssa Donatella Orrù
Telefono 070/86051 – Fax 070/837391

**INDICAZIONI E DOCUMENTAZIONE
PER
RISONANZA MAGNETICA CON MEZZO DI CONTRASTO**

Far compilare e firmare dal Medico curante il modulo allegato.

In caso di **allergie** praticare comunque le analisi di **azotemia e creatinemia** ed eventuale **visita anestesiologicala**.

Portare **sempre la richiesta dello specialista (in fotocopia ben leggibile) e quella del medico curante** corredata di diagnosi o del sospetto diagnostico, con data uguale o successiva a quella della richiesta specialistica.

Il giorno alle ore presentarsi digiuni (da almeno 4 ore) in accettazione radiologica muniti degli eventuali esami precedenti (ecografie, scintigrafie, etc.) utili ai fini diagnostici, **l'impegnativa del medico di base** e la **richiesta specialistica in fotocopia**.

La mancata presentazione di quanto richiesto pregiudica l'effettuazione dell'esame.

Per informazioni:

070 – 8605088

Caro Collega,
preso atto delle considerazioni contenute nella nota del Ministero della Sanità del 17 Settembre 1997 "Mezzi di contrasto organo-iodati e paramagnetici per via iniettiva" sollecitiamo la Tua preziosa collaborazione nell'intento di limitare al massimo i rischi derivanti dalla somministrazione dei Mezzi di Contrasto organo-iodati e paramagnetici durante le procedure diagnostiche.
Avvalendoti della approfondita conoscenza delle condizioni fisiche e della clinica del paziente dovresti compilare il semplice questionario sottospeso che consentirà allo Specialista Radiologo la precisa valutazione delle condizioni del paziente in relazione alla somministrazione del contrasto.

QUESTIONARIO CLINICO

A carico del Sig. di anni sono stati rilevati i sintomi, riscontri di laboratorio e strumentali che configurano:

Eventuali patologie:

Insufficienza epatica grave	NO	SI
Insufficienza renale grave	NO	SI
Insuff. Cardioc. grave	NO	SI
Insufficienza miocardia grave	NO	SI
Mieloma multiplo-paraproteinemia	NO	SI
Ipertireosi	NO	SI
Ipersensibilità allo iodio	NO	SI

Se sì nel corso di quali procedure?
.....

Intolleranze farmacologiche NO SI (in questo caso far eseguire **obbligatoriamente** al paziente la **consulenza anestesiologicala.**)

Se sì per quali farmaci?
.....

Diatesi allergiche NO SI
Se sì quale?
.....

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO CURANTE

Se l'anamnesi sarà negativa non sono necessari ulteriori accertamenti clinici per la valutazione del paziente a sottoporsi all'esame con m.d.c. ed è sufficiente che il paziente presenti il questionario da Te compilato. Nell'evenienza di una importante patologia sarà indispensabile l'approfondimento diagnostico. Siamo sinceramente grati della Tua indispensabile collaborazione.

QUESTIONARIO PRELIMINARE ALL'ESECUZIONE DI UN ESAME RMN

Per effettuare l'esame occorre togliere:

lenti a contatto – apparecchi per udito, dentiere, corone mobili, cinta sanitaria, fermagli per capelli, mollette, occhiali, gioielli, orologi, carte di credito, fermasoldi, monete, chiavi, ganci, spille, vestiti con cerniere, oggetti metallici in genere. Asportare i cosmetici dal volto.

Paziente **data e luogo** di nascita

Peso corporeo Kg

Soffre di claustrofobia?	NO	SI
Ha mai lavorato come saldatore?	NO	SI
Ha mai subito incidenti stradali?	NO	SI
E' stato vittima di traumi da esplosioni?	NO	SI
E' in stato di gravidanza?	NO	SI
Ha subito interventi chirurgici?	NO	SI

in che parti del corpo:

testa	addome	collo	arti	torace
-------	--------	-------	------	--------	-------

E' portatore di:

schegge o frammenti metallici?	NO	SI
clips su aneurismi o cervello?	NO	SI
valvole cardiache?	NO	SI
distrattori della colonna vertebrale?	NO	SI
pompe di infusione di insulina?	NO	SI
pace-maker cardiaco?	NO	SI
corpi metallici nelle orecchie?	NO	SI
impianti per l'udito?	NO	SI
corpi intrauterini?	NO	SI
derivazioni spinali o ventricolari?	NO	SI
protesi metalliche, chiodi, viti, filo ecc.?	NO	SI

Localizzazione:

protesi dentarie fisse o mobili?	NO	SI
----------------------------------	----	----

Dichiaro di essere stato/a chiaramente informato/a riguardo alla procedura e consento all'esecuzione dell'esame richiesto dal medico di base.

Firma

Assenso per i minori

Il/La sottoscritto/a genitore/tutore di

acconsente all'esecuzione dell'esame di

Firma

Data

Firma del Medico.....

I dati sensibili qui riportati saranno conservati presso il nostro archivio cartaceo e consultati da personale autorizzato come previsto dall'art. 13 D. LGS. 30/06/2003 n°196.



**CASA DI CURA PRIVATA POLISPECIALISTICA SANT'ELENA
SERVIZIO DI RADIOLOGIA**

Responsabile: Dott.ssa Donatella Orrù
Telefono 070/86051 – Fax 070/837391

AUTORIZZAZIONE AL M.D.C.

Il sottoscritto/a _____
o chi ne esercita la tutela _____
nato/a a _____ il _____ dichiara di essere
stato informato in maniera comprensibile ed esauriente, sulle necessità, sui modi e sui rischi inerenti
l'iniezione endovenosa del m.d.c. in corso di esame, di autorizzare l'espletamento e pertanto di volersi
sottoporre a tale metodica.

Ipersensibilità ai m.d.c.
paramagnetici? SI NO _____

Intolleranze farmacologiche? SI NO per quali farmaci? _____

Diatesi allergiche? SI NO _____

Firma del paziente _____

Dichiarazione in merito allo stato di gravidanza

Dichiaro di non essere in stato di gravidanza e di conoscere i rischi che potrebbero derivare da una
irradiazione al feto.

Firma del paziente _____

Dichiaro di aver eseguito la profilassi antiallergica

Firma del paziente.....

Data _____

Firma del Medico _____

**I dati sensibili qui riportati saranno conservati presso il nostro archivio cartaceo e consultati da
personale autorizzato come previsto dall'art. 13 D. LGS. 30/6/2003 n°196.**