

LA COMPILAZIONE DI QUESTO RIQUADRO È OBBLIGATORIA PER GLI ESAMI CON SOMMINISTRAZIONE DI MEZZO DI CONTRASTO

Per quanto di mia conoscenza, dichiaro che il paziente presenta:

- insufficienza renale No SI
- fattori di rischio per insufficienza renale (p. es. ipertensione arteriosa, diabete mellito, nefropatia nota, età superiore a 60 anni, altre condizioni predisponenti all'insufficienza renale) No SI
- Il paziente è candidato a trapianto epatico No SI

In caso di almeno una risposta positiva, occorre una valutazione del Filtrato Glomerulare (FG) o della creatinemia (non antecedente 1-3 mesi la richiesta di RM o anche precedente, a discrezione del medico richiedente).

Il valore del Filtrato Glomerulare (FG) è di _____ ml/minuto/1,73m² in data ____ / ____ / ____

Oppure: Il valore della creatinemia è di _____ mg/dl in data ____ / ____ / ____

Oppure: Ho richiesto la valutazione delle creatinemia e/o del FG, e ho invitato il paziente a consegnare il referto al radiologo prima dell'esecuzione dell'esame.

Osservazioni

Data ____ / ____ / _____ Il Medico _____

DICHIARAZIONE DEL PAZIENTE

Io sottoscritto/a
(in qualità di esercente la potestà parentale sul minore /tutore di)
nato/a il ____ / ____ / _____ Peso(Kg) dichiaro di:

	SI	NO
a. Essere portatore di stimolatore cardiaco (Pace Maker)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Avere negli occhi elementi metallici come: frammenti, schegge, punti di sutura,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Soffrire di claustrofobia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

La risposta SI anche ad una sola delle domande a), b) e c) può costituire controindicazione assoluta e richiede la valutazione diretta del radiologo.

	SI	NO
d. Avere nel corpo elementi metallici come: frammenti, schegge, punti di sutura,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Essere portatore di protesi ferromagnetiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Essere portatore di pompe sottocutanee per infusione: (port-a-cath, pompe peristaltiche, pompe da insulina)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Essere portatore di lenti a contatto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Essere portatrice di spirale endouterina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Essere in stato di gravidanza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Essere portatore di protesi del cristallino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Essere portatore di apparecchi acustici o impianti per udito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Essere portatore di trucchi permanenti, tatuaggi, piercing o di altri oggetti metallici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Pregresse reazioni a mezzi di contrasto per RM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. Avere storia di allergia trattata con farmaci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. Avere storia clinica di asma bronchiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p. Avere storia clinica di emosiderosi o di emocromatosi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q. Pregresse reazioni al destrano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(NB. La presente dichiarazione può essere raccolta con la collaborazione e la verifica da parte di un sanitario) Confermo di essere stato informato/a secondo quanto indicato nel presente documento e di aver ricevuto esauriente risposta alle mie domande, in modo chiaro e da me compreso.

Ho ottenuto risposte e spiegazioni che ho ben compreso, e ho maturato consapevolmente la decisione. Pertanto:

ACCONSENTO **NON ACCONSENTO**

all'esecuzione dell'esame di Risonanza magnetica con senza la somministrazione di mezzo di contrasto.

NOTE

Data ____ / ____ / _____ Firma leggibile del paziente/esercente la potestà parentale/tutore

(Se il paziente età compresa fra 14 e 17 anni, è opportuno richiedere anche il suo consenso)

Firma del medico radiologo responsabile della prestazione