

1. ANAGRAFICA DEL PAZIENTE

Il/La sottoscritto/a: Cognome: _____ Nome: _____

Nato/a a: _____ Il: ____ / ____ / _____ Codice Fiscale: _____

In caso di minore/tutelato) Rappresentato da (Genitore/Tutore): _____

Quesito clinico / Articolazione da esaminare: _____

2. NOTA INFORMATIVA SULL'ESAME

La Risonanza Magnetica (RM) articolare a basso campo è un'indagine diagnostica che non utilizza radiazioni ionizzanti (raggi X), l'apparecchiatura sfrutta un campo magnetico statico a basso campo (0.2 Tesla) e onde a radiofrequenza.

Il macchinario è strutturalmente aperto. Questa conformazione diminuisce la sensazione di claustrofobia. Pur trattandosi di un'intensità di campo ridotta, la presenza di determinati dispositivi elettronici o corpi estranei ferromagnetici nel corpo può costituire una controindicazione assoluta o relativa per ragioni di sicurezza e richiede uno screening preventivo obbligatorio.

3. QUESTIONARIO ANAMNESTICO DI SICUREZZA (Obbligatorio)

Domanda anamnestica	SÌ	NO
È portatore di stimolatore cardiaco (Pacemaker) o defibrillatore automatico impiantabile (ICD)?	[]	[]
Apparecchiature neurostimolanti (Neurostimolatori, stimolatori midollari, cerebrali o biologici)?	[]	[]
Cristallino artificiale con componenti magnetiche o non identificato / Intervento di cataratta datato?	[]	[]
È portatore di clip vascolari magnetiche o protesi intracraniche per aneurismi?	[]	[]
È portatore di protesi acustiche interne o impianti cocleari?	[]	[]
È portatore di pompe di infusione continue di farmaci (es. insulina o baclofene) impiantate?	[]	[]
Ha nel corpo schegge metalliche, frammenti di proiettili o corpi estranei ferromagnetici?	[]	[]
Ha subito traumi oculari con sospetta presenza di frammenti metallici negli occhi (es. da saldatura)?	[]	[]
È portatore di protesi articolari, chiodi, viti, placche o fili di sutura ortopedici?	[]	[]
È portatore di corone dentarie, ponti fissi mobili, apparecchi ortodontici o espansori del palato?	[]	[]
Soffre di epilessia, crisi convulsive o movimenti involontari non controllabili?	[]	[]
(pazienti di sesso femminile) È in stato di gravidanza accertata o presunta?	[]	[]

Note: _____

4. DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO

Il sottoscritto/a dichiara di aver letto e compreso appieno le informazioni riportate nel presente modulo relative all'esecuzione dell'esame RM. Dichiara di aver risposto in piena coscienza e fedelmente al questionario anamnestico, consapevole che l'omissione di dati può compromettere la propria sicurezza. Conferma che non sussistono le controindicazioni assolute sopra elencate

[] **ACCONSENTO** all'esecuzione dell'esame

[] **NON ACCONSENTO** all'esecuzione dell'esame.

Data: ____ / ____ / _____

Firma del Paziente: _____ Firma del TSRM: _____