

DIAGNOSTICA PER IMMAGINI S.R.L.

95129 CATANIA – Viale XX Settembre, 53 – Tel. (095) 434788 – 434215 – 501668 – fax (095) 435555

RMN

SCHEDA NOTIZIE E CONSENSO INFORMATO

(data.....)

Cognome.....Nome.....Data di Nascita.....Età.....

Domicilio.....Peso.....

Notizie cliniche.....

.....

.....

.....

.....

all. esami precedenti si [] no []

L'esame a cui Lei verrà sottoposto utilizza un forte campo magnetico ed onde di radiofrequenza del tutto analoghe a quelle delle trasmissioni televisive.

La preghiamo, perciò, di segnalare se:

- | | SI | NO |
|--|--------------------------|--------------------------|
| - soffre di claustrofobia..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - ha mai subito incidenti stradali, incidenti di caccia..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - è stato vittima di traumi da esplosioni..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - è in stato di gravidanza certa o presunta..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - e quando sono avvenute le ultime mestruazioni..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - ha sofferto o soffre di malattia del rene o insufficienza renale..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - ha subito interventi chirurgici su: | | |
| testa..... | | |
| addome..... | | |
| collo..... | | |
| estremità..... | | |
| torace..... | | |
| altri..... | | |
| - se allatta..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - se porta cerotto medicati, piercing, tatuaggi..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Deve, altresì, segnalare se è portatore di:

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| - schegge o frammenti metallici..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - valvole cardiache..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - distrattori della colonna vertebrale..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - pompa per infusione di insulina o altri farmaci..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - pace-maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - corpi metallici nelle orecchie o impianti per udito..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello subdurali..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - corpi intrauterini..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - derivazione spinale o ventricolare..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, etc.)
viti, chiodi, filo etc..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Localizzazione.....

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| - protesi dentarie fisse o mobili..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|

Localizzazione.....

- | | | |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - protesi del cristallino..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - anemia falciforme..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Le informazioni che Le sono state richieste servono per garantire l'esecuzione dell'esame con le tecniche di risonanza magnetica, in condizioni di regolarità e sicurezza.

L'esame che Lei effettuerà non è doloroso, ne fastidioso Lei dovrà solo mantenere per un certo tempo il miglior grado di immobilità sul lettino per consentire informazioni diagnostiche della migliore qualità.

Durante l'esame sentirà un rumore ritmico che dipende dal normale funzionamento dell'apparecchiatura. Le condizioni di illuminazione e di ventilazione sono regolate per assicurare il massimo conforto.

La preghiamo, quindi, di stare tranquillo durante tutta la durata dell'esame che può ampiamente variare secondo il tipo di indagine necessaria. Nella stessa sala diagnostica è comunque sempre presente il nostro personale, a Sua disposizione per qualsiasi necessità.

Per effettuare l'esame occorre:

- togliere eventuali lenti a contatto; apparecchi per udito; dentiera; protesi dentarie mobili; cinta sanitaria;

- togliere fermagli per capelli, mollette, occhiali, gioielli, orologi, carte di credito o tessere magnetiche, coltelli tascabili, ferma-soldi, monete, chiavi, ganci, automatici, bottoni metallici, spille, vestiti con lampe, pinzette metalliche, punti metallici (ad esempio applicati agli indumenti in tintoria), limette, forbici e altri eventuali oggetti metallici;

- asportare cosmetici dal volto (esame del capo).

Firma del Medico che effettua l'esame

Data.....

.....

Per conoscenza della metodica utilizzata ed importanza delle risposte fornite

Firma del Paziente

.....

Alla persona che gentilmente eventualmente accompagna o assiste il paziente durante l'attesa o durante l'esame.

Sig.....nato ail.....

Si chiede di dichiarare che non è portatore di pace-maker cardiaco o di protesi metalliche o elettriche di alcun genere.

Si ringrazia per la collaborazione prestata e si chiede di sottoscrivere di aver letto queste istruzioni come Sua dichiarazione di consenso all'ingresso nel locale sotto controllo.

Firma dell'accompagnatore

Dichiarazione di consenso informato

Il sottoscritto
Residente inviaN°.....
nato ail/...../.....

Presto il consenso ad essere sottoposto all'indagine **NMR** con l'utilizzo di mezzi di contrasto ed all'eventuale somministrazione di farmaci che si ritenessero necessari per prevenire o trattare l'eventuali complicanze.

Firma del paziente, genitore o tutore

INFORMATIVA art. 13 del D.Lgs 196/2003

1. I dati sensibili da Lei forniti verranno trattati, nei limiti dell'Autorizzazione generale dettata dal Garante, per le seguenti finalità e modalità:

I dati sensibili (dati anamnestici) vengono utilizzati per fini diagnostici, terapeutici e fiscali in archivi cartacei e saranno usati per documentare la storia clinica dell'utente. I dati raccolti saranno comunicati solo all'utente o ad un suo delegato, escludendo qualsiasi tipo di diffusione a terzi, ad eccezione dei professionisti con i quali il Titolare della struttura detiene rapporti di collaborazione esterna, sottolineando che costoro sono tenuti al segreto professionale.

2. I dati comuni da Lei forniti verranno trattati per le seguenti finalità e modalità:

I dati comuni (dati anagrafici ricavabili da albi ed elenchi pubblici) sono inseriti in archivi e saranno utilizzati per la fatturazione delle parcelle e per le schede tecniche.

3. Il conferimento dei dati è obbligatorio, in quanto, strettamente necessario ai fini del corretto funzionamento dello Studio e per la tutela della salute dell'utente, la mancata raccolta dei dati potrebbe comportare l'inefficace prosecuzione del rapporto.

4. In ogni momento, l'utente potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'articolo 7 del D.lgs.196/2003, che può vedere affisso in sala d'attesa o richiedere copia al Titolare.

CONSENSO art. 23 e art. 75 e seguenti D.Lgs 196/03

Presto il consenso a riempire la personale scheda anamnestica? SI NO

Presto il consenso a riempire il modulo per il consenso informato? SI NO

Catania, lì/...../.....

Firma del paziente, genitore o tutore

ACCONSENTO

Che mi vengano consegnati supporti informatici CD o DVD contenenti le immagini acquisite.

Firma del paziente, genitore o tutore