MODULO INFORMATIVO E CONSENSO INFORMATO

(Riservata a genitori di minori, accompagnatori e a tutti coloro che accedono alla ZONA CONTROLLATA)

La verifica anamnestica ha lo scopo di accertare l'assenza di controindicazioni all'esposizione ai rischi legati ai campi elettromagnetici intensi presenti nelle ZONE CONTROLLATE all'interno del SITO RM. Tale questionario deve essere attentamente compilato e firmato in calce dal Medico Radiologo Responsabile (o da suo delegato), il quale, in relazione alle risposte fornite, è tenuto a valutare se sussistono controindicazioni all'accesso.

COGNOME _____ NOME_____

NATO A _____ IL ____/____/_____

(Indicare se visitatore, accompagnatore o altro) _____

- ☐ Ha eseguito in precedenza esami RM? SI NO
- ☐ Ha avuto reazioni allergiche dopo somministrazione del mezzo di Contrasto? SI NO
- ☐ Soffre di claustrofobia? SI NO
- ☐ Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere? SI NO
- ☐ Ha mai subito incidenti stradali, incidenti di caccia? SI NO
- ☐ È stato vittima di traumi da esplosioni SI NO
- ☐ Ultime mestruazioni avvenute: _____
- ☐ Ha subito interventi chirurgici su:
  testa ☐ collo ☐ addome ☐ torace ☐ altro: _____ SI NO
- ☐ È a conoscenza di avere uno o più dispositivi medici o corpi metallici all'interno del corpo? SI NO
- ☐ È portatore di pace-maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci? SI NO
- ☐ È portatore di schegge o frammenti metallici? SI NO
- ☐ È portatore di Clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello? SI NO
- ☐ Valvole cardiache? SI NO
- ☐ Stents? SI NO
- ☐ Defibrillatori impiantati? SI NO
- ☐ Distrattori della colonna vertebrale? SI NO
- ☐ Pompa di infusione per insulina o altri farmaci? SI NO
- ☐ Corpi metallici nelle orecchie o impianti per udito? SI NO
- ☐ Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali? SI NO
- ☐ Atri tipi di stimolatori? SI NO
- ☐ Corpi intrauterini? SI NO
- ☐ Derivazione spinale o ventricolare? SI NO
- ☐ Protesi dentarie fisse o mobili? SI NO
- ☐ Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, ecc.), viti, chiodi, filo, ecc.? SI NO
- ☐ Altre protesi? Localizzazione _____ SI NO
- ☐ Ritiene di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe NON esserne a conoscenza? SI NO
- ☐ Informazioni supplementari _____ SI NO
- ☐ È affetto da anemia falciforme? SI NO
- ☐ È portatore di protesi del cristallino? SI NO
- ☐ È portatore di piercing? Localizzazione _____ SI NO
- ☐ Presenta tatuaggi? Localizzazione _____ SI NO
- ☐ Sta utilizzando cerotti medicali? SI NO

Per accedere alla ZONA CONTROLLATA occorre rimuovere:
lenti a contatto ■ apparecchi per l'udito ■ dentiera ■ corone temporanee mobili ■ cinta erniaria ■ fermagli per capelli ■ mollette ■ occhiali ■ gioielli ■ orologi ■ carte di credito o altre schede magnetiche ■ coltelli tascabili ■ ferma soldi ■ monete ■ chiavi ■ ganci automatici ■ bottoni metallici ■ spille ■ vestiti con lampo ■ calze di nylon ■ indumenti in acrilico ■ pinzette metalliche ■ punti metallici ■ limette ■ forbici ■ altri eventuali oggetti metallici ■ asportare cosmetici dal viso.

All'interno della ZONA CONTROLLATA non possono essere portati oggetti o dispositivi elettrici se non espressamente autorizzati dal personale presente nel sito RM deputato all'accompagnamento del soggetto durante la sua presenza. Il tempo di permanenza all'interno delle zone di rischio deve essere limitato allo stretto necessario per compiere le attività per le quali ne è stato consentito l'accesso e comunque nelle massime condizioni di ottimizzazione della sua sicurezza.

Il Medico Radiologo responsabile della sicurezza clinica e dell'impianto RM, o suo delegato, preso atto delle risposte fornite dal soggetto ed espletate tutti gli accertamenti del caso autorizza l'accesso al sito RM.

Firma del Medico Radiologo Responsabile (o suo delegato) Data

_____ ____/____/_____

Consenso informato
Il soggetto deputato all'accesso ritiene di essere stato sufficientemente informato sui rischi e sulle controindicazioni legate all'esposizione ai campi elettromagnetici generati dall'apparecchiatura RM. Pertanto, cosciente dell'importanza delle risposte fornite, accede al sito RM consapevole dei rischi presenti.

Firma del soggetto deputato all'accesso Data

_____ ____/____/_____

Al fine di semplificare le procedure di accesso, compilata la scheda la prima volta, per gli accessi successivi è possibile prevedere anche la possibilità di confermare ad ogni ingresso successivo che nulla è cambiato nel soggetto ai fini della verifica delle controindicazioni previste nel questionario di accertamento anamnestico, viene confermata la sua consapevolezza dei rischi presenti nel sito RM e della conoscenza delle procedure a cui attenersi, prevedendo la firma del soggetto, del Medico Radiologo Responsabile (o suo delegato) che ne autorizza l'accesso, e la data.