



ATTO SANITARIO: RISONANZA MAGNETICA

MOD_0165_RAD_0001_04



Vi diamo il benvenuto nella Struttura Complessa di Radiologia Pediatrica dell'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico Burlo Garofolo di Trieste. Vi segnaliamo che, durante la permanenza in ospedale vostra o di vostro figlio/a, tutto il personale del reparto si adopererà per soddisfare ogni vostra esigenza di informazione sul percorso di cura e sulle regole organizzative interne. Vi preghiamo di leggere attentamente le informazioni riportate in questo modulo prima di firmare il vostro consenso al piano diagnostico e terapeutico proposto. Accertatevi di aver compreso bene tutte le fasi della procedura, che richiedono una partecipazione attiva e consapevole. Le informazioni fornite non sostituiscono in alcun modo il colloquio con il medico, al quale è possibile esprimere qualsiasi quesito in merito.

PARTE A - RACCOLTA DEI DATI ANAGRAFICI

Io/noi sottoscritto/a/i, in qualità di assistito/a genitori (*entrambi*) madre padre
 tutore altro responsabile legale,
responsabile/i della compilazione dei dati sottoindicati:

DATI IDENTIFICATIVI

Etichetta	Dati identificativi dell'assistito/a	
	Cognome	Nome
	Nato/a a	il
	Residente a	CAP
	in Via	

DA COMPILARE SOLO SE L'ASSISTITO/A È MINORENNE (<18 ANNI) E NON EMANCIPATO/A

<p>Dati dei genitori o del titolare della responsabilità genitoriale*: <i>In caso di minore vi è la necessità di ottenere il consenso da <u>entrambi i genitori</u>, o da chi, giuridicamente, ne faccia le veci. Tale assunto non si modifica anche qualora il minore sia affidato ad uno solo dei genitori, i quali risultino separati o divorziati, come dagli stessi dichiarato. L'opinione del minore, nella misura in cui lo consente la sua età e il suo grado di maturità, è sempre presa in considerazione.</i></p> <p><i>In caso di presenza di uno solo dei due genitori, quest'ultimo, sotto la propria responsabilità, dovrà dichiarare l'assenso del genitore assente attraverso modello di autocertificazione (Mod 0199).</i></p> <p><i>In caso di presenza del legale rappresentante non genitore, deve essere <u>allegata</u> la documentazione che attesta i poteri conferiti¹.</i></p>	<p>Nome e cognome dei genitori</p> <p>Madre Cognome</p> <p>Nata a</p> <p>Residente a</p> <p>in Via</p>
	<p>Padre Cognome</p> <p>Nato a</p> <p>Residente a</p> <p>in Via</p>
	<p>Altro Titolare della responsabilità genitoriale</p> <p>Cognome</p> <p>Nato a</p> <p>Residente a</p> <p>in Via</p> <p>Documento di identità</p>

DICHIARO/DICHIARIAMO

di essere stato/a/i informato/a/i, dal dott./dott.ssa, in relazione all'atto sanitario proposto, di seguito descritto, che verrà effettuato dal personale preposto a
 con il supporto del mediatore culturale Sig./Sig.a

¹ Allegare copia del decreto di nomina del Giudice Tutelare (ai sensi della L. 9 gennaio 2004, n°6 e successive modifiche ed integrazioni).

**ATTO SANITARIO: RISONANZA MAGNETICA**

MOD_0165_RAD_0001_04

PARTE B – INFORMATIVA**DIAGNOSI / CONDIZIONI CLINICHE****ATTO SANITARIO**

Il Suo medico ha ritenuto opportuno proporre una Risonanza Magnetica (detta anche RM) al fine di ottenere le informazioni necessarie a capire meglio il Suo problema o quello di Suo figlio/a e quindi trattarlo con la terapia più opportuna.

La Risonanza Magnetica è una tecnica diagnostica che non utilizza radiazioni ionizzanti o sostanze radioattive. La diagnostica mediante RM utilizza campi magnetici e onde elettromagnetiche a radiofrequenza, simili alle onde radiotelevisive.

La Risonanza Magnetica si configura come un esame diagnostico non invasivo. In base alle conoscenze attuali non comporta effetti biologici rilevanti su pazienti privi di controindicazioni e viene svolto in accordo alle norme e agli standard di sicurezza.

La risonanza magnetica viene utilizzata per la diagnosi di condizioni patologiche a carico dell'encefalo e della colonna vertebrale, dell'addome, pelvi, dei grossi vasi e del sistema muscolo-scheletrico (articolazioni, osso, tessuti molli).

L'esame non è doloroso né fastidioso. Il paziente viene sdraiato su un lettino e in relazione al tipo di organo da studiare sono posizionate all'esterno del corpo le cosiddette "bobine" (fasce, casco, piastre, ecc.) sagomate in modo da adattarsi alla regione anatomica da studiare. Queste non provocano dolore o fastidio essendo appoggiate all'esterno del corpo.

Durante l'esame sono udibili dei rumori ritmici di intensità variabile provocati dal normale funzionamento dell'apparecchio.

Può essere necessaria la somministrazione di un mezzo di contrasto paramagnetico per via endovenosa.

È prudente non effettuare l'esame RM in pazienti di sesso femminile durante il primo trimestre di gravidanza.

ESITI PREVEDIBILI (BENEFICI) DEL TRATTAMENTO PROPOSTO

Scopo dell'esame è quello di inquadrare il problema clinico per impostare una terapia opportuna.

EVENTUALE ALTERNATIVE (CON VANTAGGI E RISCHI)

Lo specialista radiologo, sotto la propria piena responsabilità e solo dopo essersi consultato con il suo medico curante, orienterà la Sua scelta nei confronti di un eventuale esame alternativo. Su tale esame Le saranno adeguatamente illustrati rischi e benefici.

RISCHI E COMPLICANZE EVENTUALI DEL TRATTAMENTO

Raramente possono insorgere disturbi lievi come sensazione di claustrofobia, calore, prurito, affanno, palpitazioni o sensazione di malessere. In questi casi sarà possibile avvertire gli operatori utilizzando un apposito dispositivo di segnalazione che avrà a portata di mano durante tutto l'esame.

Per quanto riguarda l'eventuale utilizzo di mezzi di contrasto, i mezzi di contrasto attualmente a disposizione sono prodotti estremamente sicuri e sono stati somministrati a milioni di pazienti, ma occasionalmente possono dare dei problemi.

I tipi di reazione che si manifestano in casi sporadici sono:



ATTO SANITARIO: RISONANZA MAGNETICA

MOD_0165_RAD_0001_04



- Reazioni minori, quali sternuti o nausea; queste reazioni non richiedono alcuna terapia medica.
- Reazioni severe; queste reazioni richiedono di solito una terapia medica e comprendono ad esempio difficoltà respiratorie, battiti cardiaci irregolari, convulsioni o perdita di coscienza. La probabilità che si verifichi una reazione di questo tipo è di circa 1 su 6000 pazienti. Molto raramente, come può avvenire con molti farmaci, i mezzi di contrasto possono causare il decesso. La probabilità che ciò avvenga è di circa 1 caso su 100.000 pazienti.

I Medici e il Personale Sanitario dell'Unità Operativa di Radiologia sono preparati per curare nel modo migliore queste reazioni nel caso esse si verificassero.

Il Personale è inoltre a Sua disposizione per eventuali ulteriori chiarimenti.

ESITI DEL NON TRATTAMENTO

Diagnosi assente o incompleta.

ALTRI PROBLEMI / NOTE

QUESTIONARIO COMPATIBILITÀ

L'esame di Risonanza Magnetica è, secondo le conoscenze attuali, innocuo per l'organismo umano. Tuttavia in alcuni casi l'esame può provocare importanti effetti indesiderati e non può quindi essere eseguito, mentre in altri può essere eseguito tranquillamente ma solo dopo valutazione medica e con alcune avvertenze. Allo scopo di individuare eventuali situazioni a rischio e garantire la totale sicurezza è necessario compilare il seguente questionario:

È portatore di:

- ✓ Pace-maker o defibrillatore interno sì no
- ✓ Protesi cocleari sì no
- ✓ Neurostimolatori o stimolanti di crescita ossea sì no
- ✓ Protesi oculari magnetiche sì no
- ✓ Protesi dotate di circuiti elettronici sì no
- ✓ Pompe di infusione di farmaci sì no

Ha subito interventi chirurgici:

- ✓ Testa e collo sì no
- ✓ Torace sì no
- ✓ Addome e pelvi sì no
- ✓ Arti sì no
- ✓ Altro sì no

È portatore di:

- ✓ Clips vascolari, filtri vascolari e stent sì no
- ✓ Protesi valvolari cardiache sì no



ATTO SANITARIO: RISONANZA MAGNETICA

MOD_0165_RAD_0001_04



SC Radiologia pediatrica

✓ Protesi o viti ortopediche	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
✓ Protesi dentarie o apparecchi ortodontici	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
✓ Protesi al cristallino	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
✓ Protesi otologiche	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
✓ Altri tipi di protesi	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
✓ Impianti oculari	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
✓ Cateteri di derivazione spinale o ventricolare	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
✓ È portatore di cerotti medicati?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
✓ Schegge metalliche, proiettili	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
✓ Spirale intrauterina (IUD) o diaframma contraccettivo	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
✓ Tatuaggi estesi o piercing	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
È affetto da anemia falciforme?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
È portatore di qualche allergia?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
È in gravidanza?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Se sì, qual è la data dell'ultima mestruazione:		
È in allattamento?	<input type="checkbox"/> non applicabile	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
Peso		
Il Medico responsabile dell'esecuzione dell'esame		
<i>(timbro e firma leggibile)</i>		

PER EFFETTUARE L'ESAME RM OCCORRE TOGLIERE:

- | | |
|----------------------------------------------|--------------------------------|
| ✓ eventuali lenti a contatto | ✓ ferma soldi/monete |
| ✓ apparecchi per l'udito | ✓ chiavi |
| ✓ dentiera/corone temporanee mobili | ✓ ganci |
| ✓ cinta erniaria | ✓ automatici/bottoni metallici |
| ✓ fermagli per capelli/mollette | ✓ abiti con chiusura lampo |
| ✓ occhiali | ✓ pinzette metalliche |
| ✓ gioielli/orologi/spille | ✓ punti metallici |
| ✓ carte di credito o altre schede magnetiche | ✓ limette |
| ✓ coltelli tascabili | ✓ forbici |



IRCCS Burlo

Istituto di ricovero e cura
a carattere scientifico
"Burlo Garofolo" di Trieste

DICHIARAZIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE E CONSENSO INFORMATO

PRO_DGN_0008

Codice identificazione file:

ATTO SANITARIO: RISONANZA MAGNETICA

MOD_0165_RAD_0001_04



Versione definitiva

CONSENSO

Pagina 5 di 8

22/05/2024

SC Radiologia pediatrica

✓ altri eventuali oggetti metallici.

Prima di sottoporsi all'esame si prega di asportare cosmetici dal viso.

PARTE C1- ACQUISIZIONE DEL CONSENSO ALLA PROCEDURA

DICHIARO/DICHIARIAMO

in pieno possesso delle mie/nostre facoltà mentali

- di aver ricevuto dal Medico che mi ha esposto i contenuti di questo consenso, esaurienti e chiare informazioni sugli scopi dell'atto sanitario proposto e sulle modalità con cui esso verrà eseguito;
- di aver compreso quali potrebbero essere i potenziali rischi/inconvenienti dell'indagine;
- di essere a conoscenza del fatto che il risultato sperato possa non essere raggiunto, anche in assenza di errori da parte dell'équipe sanitaria e di aver compreso che sono possibili eventuali modifiche in caso di necessità clinica, in presenza di riscontri clinici non prima valutabili;
- di ritenere appropriato il tempo concesso per valutare le informazioni fornite, per porre eventuali domande e prendere serenamente delle decisioni;
- di aver informato dettagliatamente i Medici riguardo eventuali precedenti interventi chirurgici subiti, patologie e terapie medica e non mediche in corso;
- di essere informato e consapevole della minore efficacia diagnostica dell'esame e delle relative conseguenze qualora venga rifiutato l'utilizzo del mezzo di contrasto anche se inizialmente previsto
- di essere a conoscenza della possibilità di revocare il consenso in qualsiasi momento, senza conseguenze.

Pertanto, liberamente, spontaneamente ed in piena coscienza:

ACCONSENSO/ACCONSENTIAMO ALL'ESECUZIONE DELL'ESAME CON L'UTILIZZO – SE PREVISTO – DEL MEZZO DI CONTRASTO

ACCONSENSO/ACCONSENTIAMO ALL'ESECUZIONE DELL'ESAME RIFIUTANDO L'UTILIZZO DEL MEZZO DI CONTRASTO ANCHE SE PREVISTO

NON ACCONSENTO/NON ACCONSENTIAMO ALL'ESECUZIONE DELL'ESAME

<i>Data</i>	<i>L'assistito/a o il rappresentante legale (primo genitore/tutore)</i>	<i>Il rappresentante legale (secondo genitore)</i>
<i>Data</i>	<i>Il Medico che ha effettuato il colloquio (timbro e firma leggibile)</i>	<i>Il Mediatore culturale (firma leggibile)</i>

PER LA DONNA IN ETÀ FERTILE

La procedura descritta nel presente modulo NON è consigliata nelle donne in stato di gravidanza al primo trimestre, salvo precisa e giustificata indicazione medica. Questo comporta che, con la firma del presente modulo Lei dichiara di non essere in gravidanza

DICHIARO

in pieno possesso delle mie facoltà mentali

di essere in stato di gravidanza

di NON essere con certezza in stato di gravidanza.

<i>Data</i>	<i>L'assistita o il suo rappresentante legale</i>
-------------	---------------------------------------------------



IRCCS Burlo

Istituto di ricovero e cura
a carattere scientifico
"Burlo Garofolo" di Trieste

DICHIARAZIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE E CONSENSO INFORMATO

PRO_DGN_0008

Codice identificazione file:

ATTO SANITARIO: RISONANZA MAGNETICA

MOD_0165_RAD_0001_04



Versione definitiva

CONSENSO

Pagina 7 di 8

22/05/2024

SC Radiologia pediatrica



ATTO SANITARIO: RISONANZA MAGNETICA

MOD_0165_RAD_0001_04



PARTE C2 – ACQUISIZIONE DEL CONSENSO A FORNIRE INFORMAZIONI SANITARIE A PARENTI/CONOSCENTI

RICHIEDO/RICHIEDIAMO che le mie condizioni cliniche (o quelle del minore assistito / assistito sotto tutela) e gli esiti dell'indagine siano trasmessi alle seguenti persone:

Cognome, Nome e data di nascita

Rapporto con l'assistito/a:

Cognome, Nome e data di nascita

Rapporto con l'assistito/a:

RICHIEDO/RICHIEDIAMO che delle mie condizioni cliniche (o quelle del minore assistito / assistito sotto tutela) e degli esiti dell'indagine NON sia informato nessuno.

<i>Data</i>	<i>L'assistito/a o il rappresentante legale (primo genitore/tutore)</i>	<i>Il rappresentante legale (secondo genitore)</i>

PARTE D – DIRITTO ALLA REVOCA

DICHIARO/DICHIARIAMO DI VOLER REVOCARE IL CONSENSO

all'atto sanitario proposto alla fornitura di informazioni a parenti/conoscenti
 altro (*specificare*)

<i>Data</i>	<i>L'assistito/a o il rappresentante legale (primo genitore/tutore)</i>	<i>Il rappresentante legale (secondo genitore)</i>