ESAMI DI RISONANZA MAGNETICA

Nota Informativa

Gentile paziente Sig./Sig.ra: Cognome e Nome Nato a in data

DI COSA SI TRATTA

Questa metodica è una tecnica diagnostica che non utilizza radiazioni ionizzanti (raggi X) o sostanze radioattive bensì un campo magnetico e radiofrequenze. La Risonanza Magnetica di base si configura come un esame diagnostico non invasivo e, 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.
Tuttavia è prudente non effettuare l'esame RMN durante il primo trimestre di gravidanza.

COME SI EFFETTUA

L'esame non è doloroso né fastidioso. Il paziente viene sdraiato sul lettino dell'apparecchiatura e, in relazione al tipo di organo da studiare, vengono posizionate all'esterno del corpo le cosiddette "bobine" (fasce, casco, piastre, ecc) sagomate in modo da adattarsi alla regione anatomica da studiare, che non provocano dolore o fastidio. Durante l'esame sentirà dei rumori ritmici di intensità variabile provocati dal normale funzionamento dell'apparecchio. Per tutto il tempo è necessario mantenere il massimo grado di immobilità, respirando regolarmente. Le condizioni di illuminazione e ventilazione sono regolate per assicurare il massimo comfort possibile. Il tempo necessario all'esecuzione dell'esame (in media 20-40 min), può prolungarsi in rapporto alla valutazione di vari parametri. Le sarà possibile in ogni momento comunicare con l'operatore.

EVENTUALI COMPLICANZE

Raramente possono insorgere disturbi lievi come sensazione di claustrofobia, calore, prurito, affanno, palpitazioni o sensazione di malessere. In questi casi sarà possibile avvertire l'operatore che Le presterà pronta assistenza.

PREPARAZIONE NECESSARIA - RACCOMANDAZIONI

Non è necessario interrompere eventuali terapie farmacologiche in corso (ad es. per l'ipertensione o il diabete).
Le sottoporremo un "questionario anamnestico" (di seguito riportato) necessario a escludere ogni possibile controindicazione all'esame stesso.
E' importante sapere che la Risonanza Magnetica impiega un intenso campo magnetico che esercita (come una calamita) forze attrattive sui materiali ferro-magnetici che Lei può avere con sé o nel Suo corpo.

PER EFFETTUARE L'ESAME NELLA MASSIMA SICUREZZA, LE RACCOMANDIAMO PERTANTO QUANTO SEGUE:

- **togliere tutti gli oggetti metallici** (fermagli per capelli, occhiali, gioielli, penne, orologi, carte di credito o comunque supporti magnetici, monete, abiti con cerniere lampo e/o bottoni e/o ganci metallici, cinture, ecc.);
- **togliere le protesi mobili** (apparecchi per l'udito, dentiera, corone temporanee mobili, cintura sanitaria, lenti a contatto...);
- **indossare biancheria intima di cotone;**
- **indossare l'apposito camice monouso fornito dal personale di servizio;**
- **utilizzare la cuffia o i tappi auricolari forniti dal personale di servizio;**
- **portare tutta la documentazione precedente** (clinica, laboratoristica e radiologica) inerente all'esame.

Si raccomanda di evitare il trucco del viso e lacca per i capelli poiché possono creare artefatti che riducono la qualità delle immagini.
Alle pazienti portatrici di dispositivo intra-uterino si consiglia visita ginecologica di controllo per verifica del corretto posizionamento dello stesso in seguito all'esame. L'esame può rovinare i tatuaggi eventualmente presenti sulla pelle.

Questionario Anamnestico

Nel questionario che segue, Le vengono poste domande sul suo stato di salute, in modo da garantire l'espletamento dell'esame di RM in condizioni di sicurezza. Il personale è comunque disponibile ad integrare le notizie contenute nella presente scheda; si invita anzi ad avanzare eventuali dubbi prima di sottoporsi all'indagine.
Si prega di rispondere a tutte le domande indicate e di firmare il modulo come consenso libero e informato all'esecuzione dell'esame.

Ha subito interventi chirurgici su: ☐ testa ☐ addome ☐ collo ☐ estremità ☐ torace ☐ altro	☐ **SI**	☐ **NO**
E' in stato di gravidanza?	☐ **SI**	☐ **NO**
E' PORTATORE/PORTATRICE DI:		
Pace-maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci?	☐ **SI**	☐ **NO**
Defibrillatori impiantati?	☐ **SI**	☐ **NO**
Derivazione spinale o ventricolare?	☐ **SI**	☐ **NO**
Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello, subdurali o altri tipi di stimolatori?	☐ **SI**	☐ **NO**
Catetere spinale o ventricolare (in pazienti affetti da idrocefalo)?	☐ **SI**	☐ **NO**
Schegge o frammenti metallici (in particolare negli occhi) dovuti a incidenti stradali, di caccia o in seguito ad esplosioni o dovuti all'attività lavorativa?	☐ **SI**	☐ **NO**
Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, ecc.) come viti, chiodi, fili..	☐ **SI**	☐ **NO**

Clips (punti metallici) su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello?	☐ **SI** ☐ **NO**
Valvole cardiache? Stents?	☐ **SI** ☐ **NO**
Distrattori (protesi) della colonna vertebrale?	☐ **SI** ☐ **NO**
Pompa di infusione per insulina o altri farmaci?	☐ **SI** ☐ **NO**
Corpi metallici nelle orecchie o impianti per l'udito?	☐ **SI** ☐ **NO**
Spirali intrauterine (IUD)?	☐ **SI** ☐ **NO**
Protesi dentarie fisse o mobili?	☐ **SI** ☐ **NO**
Protesi del cristallino?	☐ **SI** ☐ **NO**
Lenti a contatto?	☐ **SI** ☐ **NO**
Cerotti transdermici?	☐ **SI** ☐ **NO**
Piercing? Localizzazione	☐ **SI** ☐ **NO**
Tatuaggi? Localizzazione	☐ **SI** ☐ **NO**
Attualmente sta allattando?	☐ **SI** ☐ **NO**
Soffre di claustrofobia?	☐ **SI** ☐ **NO**
Ha mai sofferto o soffre di crisi epilettiche?	☐ **SI** ☐ **NO**
E' a conoscenza di essere affetto da anemia falciforme?	☐ **SI** ☐ **NO**

Il Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame RM preso atto delle risposte fornite dal paziente ed espletata l'eventuale visita medica e/o ulteriori indagini diagnostiche preliminari autorizza l'esecuzione dell'indagine RM

Tricesimo, Data

Il medico responsabile della prestazione: Firma .....

[ ] Dott. Degano Gian Paolo
[ ] Dott.ssa Cimino Elisa
[ ] Dott.ssa Panozzo Myriam

[ ] Dott. Rositani Pasquale
[ ] Dott. Shariat Razavi Iradj
[ ] Dott.ssa De Serio Isabella

[ ] Dott.ssa Ulcigrai Veronica

Io sottoscritto ritengo di essere stato sufficientemente informato sui rischi e sulle controindicazioni legate all'esposizione ai campi elettromagnetici generati dall'apparecchiatura. Ho risposto al questionario in maniera precisa e veritiera, ho letto e compreso quanto sopra ed ho ottenuto risposta ad ogni mia richiesta o chiarimento. Sono a conoscenza della possibilità di revocare il seguente consenso in qualsiasi momento prima dell'atto sanitario.

Io paziente, Cognome e Nome Nato a in data

Oppure

Io sottoscritto, (Cognome e Nome) _____ Nato a _____ il _____ / _____ /_____

in qualità di: [ ] Esercente la potestà genitoriale [ ] Tutore [ ] Amministratore di sostegno [ ] Legale rappresentante

Recepite le informazioni ricevute [ ] ACCONSENTO [ ] NON ACCONSENTO all'effettuazione dell'atto sanitario su indicato

Tricesimo, Data

Firma .....

REVOCA DEL CONSENSO

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____ il_____/_____/_____

REVOCA Il consenso all'effettuazione dell'atto sanitario su indicato

Data _____ Firma del paziente / genitore / tutore / amministratore di sostegno / legale rappresentante _____

REGOLAMENTO EUROPEO General Data Protection Regulation n° 679/16
D.Lgs. 101/18 di modifica D.Lgs. 196/03 "Codice in materia di trattamento dei dati personali"

ESPRESSIONE DEL CONSENSO

Il sottoscritto, Cognome e Nome

Nato a _____ il _____ / _____ /_____

- Per sé

Oppure
Il sottoscritto (indicare Cognome, Nome e data di nascita)

_____

in qualità di:
- Esercente la potestà genitoriale *(allegare documento di identità)*
- Tutore *(allegare documenti certificanti e documento di identità)*
- Curatore *(allegare documenti certificanti e documento di identità)*
- Amministratore di sostegno *(si allegano documenti certificanti/copia decreto di nomina e documento di identità)*
- Legale rappresentante *(si allegano documenti certificanti e documento di identità)*

di Cognome e Nome

Nato a _____ il _____ / _____ /_____

Ricevuta e compresa l'informativa conferita ai sensi dell'art. 13 della normativa vigente;
Preso atto che ai sensi del provvedimento del Garante privacy del 07 marzo 2019 i trattamenti di dati necessari alla prestazione sanitaria richiesta, se effettuata da professionisti sanitari tenuti al segreto professionale o ad obbligo di segretezza, non richiedono consenso dell'interessato che invece risulta necessario per tutti gli altri trattamenti attinenti, solo in senso lato, alla cura, per le seguenti attività:

1) **Trattamento del dossier sanitario interno per le finalità di diagnosi e cura.**
Il trattamento non comprende i dati riguardanti le prestazioni eseguite presso altre strutture pubbliche o private. La negazione del consenso non consente di procedere all'erogazione della prestazione.
[ ] ACCONSENTO **[ ] NON ACCONSENTO**

2) **Comunicazione di dati sanitari a medico esterno (medico di medicina generale o pediatra di libera scelta o altri specialisti) su richiesta e/o in casi di necessità determinati dalle condizioni di salute del paziente.**
[ ] ACCONSENTO **[ ] NON ACCONSENTO**

3) **Invio immagini diagnostiche per la refertazione ad un centro esterno**
Possibilità di invio delle indagini diagnostiche eseguite per via telematica in altra sede per intepretazione e refertazione. L'invio avviene in modalità sicura tramite VPN.
[ ] ACCONSENTO **[ ] NON ACCONSENTO**

4) **Invio campioni biologici a laboratorio esterno**
SaniRad è punto prelievi e si affida a laboratori esteri per l'analisi dei campioni. La negazione del consenso non consente di procedere all'erogazione della prestazione.
[ ] ACCONSENTO **[ ] NON ACCONSENTO**

5) **Attivazione servizi on-line (pubblicazione referti sul portale "referti on-line" del sito internet www.sanirad.it).**
L'accesso al portale avviene attraverso l'utilizzo di credenziali di sicurezza che vengono comunicate nel contesto delle procedure di accettazione. Il servizio comprende l'invio di messaggi di notifica di "referto pronto".
[ ] ACCONSENTO **[ ] NON ACCONSENTO**

6) **Invio promemoria per attività programmate o da programmare e messaggi di notifica (e-mail, sms, posta)**
Il servizio prevede l'invio di messaggi di promemoria per prenotazioni effettuate, da effettuare e l'invio di modulistica relativa alle prestazioni da eseguire

[ ] ACCONSENTO **[ ] NON ACCONSENTO**

7) **Invio di comunicazioni informative sull'attività aziendale (e-mail, sms, posta)**
Le comunicazioni riguarderanno l'avvio di nuove attività, l'inserimento di nuovi professionisti, la pianificazione di giornate di prevenzione o informazioni sull'organizzazione aziendale.

[ ] ACCONSENTO **[ ] NON ACCONSENTO**

8) **Utilizzo firma grafometrica**
La firma grafometrica è un particolare tipo di firma elettronica che si ottiene nel momento in cui l'utente appone la sua firma su un tablet legando i suoi dati biometrici al documento elettronico firmato. L'utilizzo della firma grafometrica consente un'agevole raccolta, conservazione e consultazione delle scelte effettuate dall'utente.

[ ] ACCONSENTO **[ ] NON ACCONSENTO**

Nel caso in cui acconsenta a tale utilizzo dei dati, Le ricordiamo che, ai sensi della normativa vigente in materia di trattamento dei dati, potrà opporsi in qualsiasi momento al trattamento in oggetto, mediante l'invio di una e-mail al seguente indirizzo dpo.privacy@sanirad.it.

In ogni momento potrà inoltre esercitare tutti i diritti di cui al punto "diritti dell'interessato" dell'informativa (tra cui i diritti di accesso, rettifica, aggiornamento e di cancellazione, oblio, portabilità) con comunicazione scritta da inviare al titolare o al DPO agli indirizzi indicati in informativa.

data _____ Firma leggibile _____

Nell'impossibilità da parte dell'utente Cognome e Nome di firmare materialmente per (indicare il motivo) ..... l'operatore incaricato sottoscritto ..... dà atto del comportamento concludente in tal senso da parte dell'utente stesso.

data _____ Firma leggibile dell'operatore _____

MODALITA' DI INVIO REFERTO

Io sottoscritto

(a cura dell'istituto)
apporre l'etichetta con i dati del paziente

Nel caso di minore indicare il nome e cognome
del genitore o di chi ne esercita la patria potestà

Nel caso di incapace di intendere e di volere indicare
il nome e cognome del legale rappresentante

_____
(allegare i documenti che certificano il ruolo di tutore/legale rappresentante)

Consapevole della possibilità di ritirare il referto/certificato presso la sede della struttura e della possibilità di accedere al servizio "referti online" attraverso il sito internet aziendale:

1) SPEDIZIONE IN POSTA ORDINARIA

Autorizzo la saniRad all'invio del solo referto/certificato dell'indagine eseguita in data odierna in posta ordinaria (posta prioritaria) all'indirizzo di seguito riportato (se diverso da quello presente in etichetta) consapevole che la responsabilità del recapito è da attribuire al vettore.

Il sottoscritto dichiara consapevolmente di accettare che il recapito dei suddetti referti clinici avverrà secondo le prescrizioni di riservatezza garantite dal Codice Postale, che prevede la consegna anche a persona diversa dal destinatario presente al domicilio (es. familiare, convivente, portiere dello stabile, ecc.)

INDIRIZZO_____n._____

COMUNE_____CAP _____

Data _____Firma per consenso alla spedizione _____

2) ACCESSO ALLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA DA PARTE DI SOGGETTI TERZI

Autorizzo la saniRad all'invio/consegna del referto/certificato/iconografia dell'indagine eseguita in data odierna a:

a) Medico Curante / Medico Prescrivente_____
b) Associazione Sportiva (delegati) _____
c) Compagnie di Assicurazione (delegati)_____
d) Datore di Lavoro_____
e) Altro_____

consapevole che:

- il consenso da me espresso è valido solo per l'indagine eseguita in data odierna e deve essere riconfermato per le indagini successive.
- l'invio del referto al soggetto terzo non sostituisce l'invio ai miei recapiti.

Indicare di seguito l'indirizzo di posta elettronica del soggetto terzo IN STAMPATELLO LEGGIBILE

Data _____Firma per consenso all'invio/ritiro _____

DELEGA DI PRESENZA ALLA VISITA MEDICA

Io sottoscritto/a .....

[ ] esercente la responsabilità genitoriale sul minore **[ ] rappresentante legale**

del paziente: Cognome ..... Nome .....

Luogo di nascita ..... Data di nascita .....

DELEGO

Il /la Sig. .....

ad essere presente in mia vece alla visita medica a cui mio figlio / rappresentato si sottoporrà.

Data ..... Firma .....

ATTENZIONE:

- Allegare fotocopia di documento di identità valido dell'esercente la patria potestà o del rappresentante legale.
- Esibire tutta la modulistica di consenso informato regolarmente compilata e firmata
- Esibire tutta la documentazione sanitaria di pertinenza della prestazione sanitaria programmata

MODULO DI AUTOCERTIFICAZIONE PER I GENITORI

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(art. 47 – DPR 18/12/2000, n. 445)

Io sottoscritto/a.....
nato/a a ..... il .....
residente a .....
via ..... n .....

consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false e sotto la mia personale responsabilità,

D I C H I A R O

- di essere genitore del minorenne **Cognome e Nome**

nato a **luogo di nascita** il **data di nascita**

e di esercitare sullo stesso la responsabilità genitoriale ai sensi della L. 154/2013 e artt. 315 e segg. C.C.

Letto, confermato e sottoscritto

Tricesimo data: .....

Il/la dichiarante (firma per esteso leggibile) .....
(*art. 38 T.U. sulla documentazione amministrativa – DPR 445/2000*)

[ ] presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità.