ATTO SANITARIO: RISONANZA MAGNETICA

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

Dati identificativi dell'assistito/a	
Etichetta	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

Dati dei genitori o del titolare della responsabilità genitoriale*: *In caso di minore vi è la necessità di ottenere il consenso da entrambi i genitori, 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.* *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).* *In caso di presenza del legale rappresentante non genitore, deve essere allegata la documentazione che attesta i poteri conferiti*[1].	***Nome e cognome dei genitori*** ***Madre*** Cognome ..... Nome ..... Nata a ..... il ..... Residente a ..... CAP ..... in Via ..... ***Padre*** Cognome ..... Nome ..... Nato a ..... il ..... Residente a ..... CAP ..... in Via ..... ***Altro Titolare della responsabilità genitoriale*** Cognome ..... Nome ..... Nato a ..... il ..... Residente a ..... CAP ..... in Via ..... Documento di identità .....

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).

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:

- 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 vascoalri e stent ☐ sì ☐ no
- ✓ Protesi valvolari cardiache ☐ sì ☐ no
- ✓ Protesi o viti ortopediche ☐ sì ☐ no

- ✓ Protesi dentarie o apparecchi ortodontici ☐sì ☐no
- ✓ Protesi al cristallino ☐sì ☐no
- ✓ Protesi otologiche ☐sì ☐no
- ✓ Altri tipi di protesi ☐sì ☐no
- ✓ Impianti oculari ☐sì ☐no
- ✓ Cateteri di derivazione spinale o ventricolare ☐sì ☐no
- ✓ È portatore di cerotti medicati? ☐sì ☐no
- ✓ Schegge metalliche, proiettili ☐sì ☐no
- ✓ Spirale intrauterina (IUD) o diaframma contraccettivo ☐sì ☐no
- ✓ Tatuaggi estesi o piercing ☐sì ☐no

È affetto da anemia falciforme? ☐sì ☐no
È portatore di qualche allergia? ☐sì ☐no
È in gravidanza? ☐sì ☐no
Se sì, qual è la data dell'ultima mestruazione: ……..

È in allattamento? ☐non applicabile ☐sì ☐no

Peso …….

Il Medico responsabile dell'esecuzione dell'esame ……
(timbro e firma leggibile)

PER EFFETTUARE L'ESAME RM OCCORRE TOGLIERE:

- ✓ eventuali lenti a contatto
- ✓ apparecchi per l'udito
- ✓ dentiera/corone temporanee mobili
- ✓ cinta erniaria
- ✓ fermagli per capelli/mollette
- ✓ occhiali
- ✓ gioielli/orologi/spille
- ✓ carte di credito o altre schede magnetiche
- ✓ coltelli tascabili
- ✓ ferma soldi/monete
- ✓ chiavi
- ✓ ganci
- ✓ automatici/bottoni metallici
- ✓ abiti con chiusura lampo
- ✓ pinzette metalliche
- ✓ punti metallici
- ✓ limette
- ✓ forbici
- ✓ 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 a conoscenza della possibilità di revocare il consenso in qualsiasi momento, senza conseguenze.

Pertanto, liberamente, spontaneamente ed in piena coscienza:

☐ **ACCONSENTO/ACCONSENTIAMO** ☐ **NON ACCONSENTO/NON ACCONSENTIAMO**

all'atto sanitario oggetto del presente consenso.

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

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.

Data	*L'assistita o il suo rappresentante legale*

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.

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

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*) ……

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