

Modulo per esame di Risonanza Magnetica in pazienti pediatrici

Sede ORBV Bellinzona Tel. 091 811 86 54/55
Sede OBV Mendrisio Tel. 091 811 32 54
Sede ODL Locarno Tel. 091 811 46 28
Sede ORL Lugano Tel. 091 811 60 91

DATI DEL GENITORE/TUTORE:

Cognome:

Nome:

Data di nascita:

Gentile Genitore o Tutore,

il/la piccolo/a verrà sottoposto/a ad un esame di Risonanza Magnetica.

Sarà invitata/o a rimuovere dal/dalla piccolo/a paziente tutti i seguenti oggetti: protesi dentarie, apparecchi acustici, forcine per capelli, occhiali, lenti a contatto, gioielli, orologi, portafogli e monete, carte di credito, chiavi, cinture, indumenti con parti metalliche, piercing, ecc.

Durante l'esame il/la piccolo/a paziente dovrà rimanere immobile sul lettino, per garantirne la qualità. Qualora indicato ed in funzione dell'età e del grado di collaborazione, il medico prescrittore potrà richiedere che tale immobilità sia ottenuta mediante sedazione con la collaborazione dell'équipe di anestesiologia.

Se cosciente, il paziente potrà percepire un rumore ritmico causato dal funzionamento dell'apparecchiatura.

Sarà sempre controllato dal team di radiologia e/o anestesiologia.

La durata dell'esame è variabile, tra i 20 ed i 60 minuti, in base alla zona da esaminare.

Talvolta è necessaria un'iniezione endovenosa di un liquido di contrasto.
Voglia gentilmente compilare il questionario sul retro

| |
|-------|
| |
| |
| |

DATI DEL PAZIENTE

Nome:

Cognome:

Data di nascita:

Per favore voglia indicare con una crocetta la risposta corrispondente:

| | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| Ha già eseguito una risonanza magnetica? | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| Se sì, in quale istituto? | | |
| È portatrice/portatore di uno o più oggetti nel corpo? | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| - Ha attualmente o ha avuto in passato un pace-maker / defibrillatore | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| - Valvole cardiache (se sì, anno dell'operazione:, tipo di valvola: | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| - Stent cardiaci, vascolari o bypass (anno dell'operazione: | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| - Endoprotesi aorta addominale e/o aorta toracica | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| - Ha attualmente o ha avuto in passato stimolatori elettrici per nervi | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| - Clips cerebrali (anno dell'operazione: | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| - Valvole di derivazione (Shunt) | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| - Pompe, microinfusori e/o sensori per insulina | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| - Protesi ortopediche, placche o clips chirurgiche | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| - Qualsiasi altro dispositivo medico | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| - Corpi estranei metallici o schegge metalliche di qualsiasi tipo (se sì, dove: | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| - Protesi o apparecchi dentali | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| - Apparecchio acustico | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| - Impianti cocleari (orecchio interno) | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| - Lenti a contatto, protesi o impianti oculari | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| - Piercing, tatuaggi, trucco definitivo (make-up), cerotti medicati | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| C'è possibilità che la giovane paziente sia in stato di gravidanza o stia allattando? | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| È stato sottoposto a interventi chirurgici? Quali? | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| In particolare, è stato sottoposto ad interventi cardiocirurgici? | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| Soffre o ha sofferto in passato di problemi renali? | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| Soffre di diabete o glaucoma? | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| Soffre di allergie? Se sì quali?..... | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| Soffre di claustrofobia? | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| Peso corporeo kg: Altezza: | | |

Confermo di aver letto le informazioni e di aver risposto in modo accurato. Ho avuto la possibilità di porre domande al personale riguardo all'esame di Risonanza Magnetica e autorizzo l'esecuzione dell'esame.

Data:

Firma del/della **paziente** e/o
genitore/tutore:

.....

Data:

Nome e cognome o timbro del **medico**
che ha compilato il questionario*:

.....

Data:

Nome e cognome del **Tecnico di**
Radiologia:

.....

*Solo nel caso in cui il paziente e/o il genitore/tutore abbiano potuto compilare personalmente il questionario. Il medico ha compilato il questionario sulla base delle informazioni disponibili nella cartella clinica del paziente e delle informazioni fornite dal paziente e/o genitore/tutore.