

SCHEDA INFORMATIVA E QUESTIONARIO PER ESAME DI RISONANZA MAGNETICA (RM)

Gentile Paziente

Il Suo medico curante ci ha richiesto l'esecuzione di un esame di risonanza magnetica (RM). La invitiamo a leggere attentamente la seguente scheda informativa.

Cos'è una Risonanza Magnetica?

La Risonanza Magnetica (RM) è una tecnica diagnostica che NON utilizza raggi X o sostanze radioattive. Il corpo umano viene esposto ad un campo di induzione magnetica molto intenso e a onde a radiofrequenza, simili alle onde radiotelevisive. Ciò induce un'emissione di segnali elettromagnetici dal proprio corpo che vengono convertiti in immagine. Le fonti di energia utilizzate possono interagire con i dispositivi elettronici, danneggiandoli talora irreparabilmente; **la preghiamo di informare preventivamente il personale qualora fosse portatore di dispositivi quali pace-maker, ICD, pompe di insulina, neurostimolatori, impianti cocleari, espansori mammari, ecc.** per i quali dovrà essere accertata la compatibilità prima di poter accedere alla sala di esame.

Svolgimento dell'esame:

L'esame non è doloroso né fastidioso.

- Prima dell'esame deve depositare nello spogliatoio gioielli, orologio, piercing, occhiali, lenti a contatto, apparecchi dentari mobili, apparecchi acustici, fermagli per capelli o qualsiasi oggetto metallico; togliere il reggiseno; rimuovere eventuale trucco per il viso e lacca per capelli;
- Per l'esame deve spogliarsi fino agli indumenti intimi e indossare il camice ospedaliero. L'intimo non deve contenere ricami con filo d'oro o d'argento ed essere preferibilmente di fibre naturali.
- L'esame dura a secondo dell'organo interessato da circa 20 minuti fino ad 1 ora;
- Il paziente viene sdraiato sul tavolo d'esame. In base all'organo da studiare vengono posizionate all'esterno del corpo cosiddette "bobine" sagomate. Successivamente il lettino viene introdotto lentamente all'interno del tunnel dell'apparecchio;
- Durante tutto l'esame sono udibili dei rumori ritmici di intensità variabile provocati dal normale funzionamento dell'apparecchio (vengono comunque forniti tappi o cuffie antirumore);
- Durante tutto l'esame è necessario mantenere il massimo grado di immobilità, respirando regolarmente, perché ogni movimento può pregiudicare il risultato diagnostico;
- Le potrà essere richiesto dal personale addetto di trattenere il respiro durante alcune fasi dell'esame;
- Sarà continuamente sotto controllo medico.

Ci preoccupiamo sempre di rispettare l'orario della Sua prenotazione. Esami urgenti possono tuttavia causare una attesa imprevista; in questo caso La informeremo prontamente, certi della Sua comprensione.

Possibili rischi e complicanze dell'esame RM

La Risonanza Magnetica è un esame diagnostico non invasivo e, in base alle conoscenze attuali, non comporta effetti biologici rilevanti su pazienti privi di controindicazioni. Esso viene svolto in accordo alle norme e agli standard di sicurezza. È prudente non effettuare l'esame RM durante il primo trimestre di gravidanza.

Raramente durante l'esame possono insorgere disturbi lievi come sensazione di claustrofobia, prurito, affanno, palpitazioni o sensazione di malessere; in questi casi può sempre richiedere l'intervento degli operatori con l'ausilio

Krankenhaus Bozen | Tel. 0471 438494 | Fax 0471 438908 | radiologia.bz@sabes.it
Krankenhaus Brixen | Tel. 0472 813150 | Fax 0472 813159 | radio.bx@sabes.it
Krankenhaus Bruneck | Tel. 0474 581250 | Fax 0474 581251 |
roentgendiagnostik-bruneck@sabes.it
Krankenhaus Meran | Tel. 0473 263070 | Fax 0473 264684 | rad-me@sabes.it
Krankenhaus Innichen | Tel. 0474 917090 | Fax 0474 917091 | rx_tech.inn@sabes.it
Krankenhaus Schladers | Tel. 0473 735020 | Fax 0473 735861 | rad-schl@sabes.it
Krankenhaus Sterzing | Tel. 0472 774412 | Fax 0472 774479 | radio.st@sabes.it
http://www.sabes.it
Südtiroler Sanitätsbetrieb
St.-Nr./MwSt.-Nr. 00773750211

Ospedale Bolzano | Tel. 0471 438494 | Fax 0471 438908 | radiologia.bz@sabes.it
Ospedale Bressanone | Tel. 0472 813150 | Fax 0472 813159 | radio.bx@sabes.it
Ospedale Brunico | Tel. 0474 581250 | Fax 0474 581251 |
roentgendiagnostik-bruneck@sabes.it
Ospedale Merano | Tel. 0473 263070 | Fax 0473 264684 | rad-me@sabes.it
Ospedale di S. Candido | Tel. 0474 917090 | Fax 0474 917091 | rx_tech.inn@sabes.it
Ospedale Silandro | Tel. 0473 735020 | Fax 0473 735861 | rad-schl@sabes.it
Ospedale di Vipiteno | Tel. 0472 774412 | Fax 0472 774479 | radio.st@sabes.it
http://www.asdaa.it
Azienda Sanitaria dell'Alto Adige
Cod. fisc./P. IVA 00773750211

di un campanello. In casi eccezionali possono verificarsi disturbi uditivi (tinnito e/o acufeni), solitamente temporanei, e cefalee.

Nei punti di contatto pelle-pelle (ad esempio incrociando le mani, le braccia o le gambe) e nei punti di contatto tra la pelle e le pareti dell'apparecchio possono verificarsi surriscaldamenti locali che possono, seppur raramente, progredire fino a ustioni. La invitiamo pertanto a non modificare la posizione che le è stata fatta prendere dal personale tecnico all'inizio dell'esame.

Perché il mezzo di contrasto?

In questa indagine può essere necessario l'uso di un mezzo di contrasto endovenoso (Gadolinio) per meglio rappresentare le strutture anatomiche in esame e riconoscere con maggior accuratezza le alterazioni patologiche. I mezzi di contrasto attualmente a disposizione sono prodotti estremamente sicuri e sono stati somministrati a milioni di pazienti, ma occasionalmente possono dare delle reazioni. Il personale del Servizio di radiodiagnostica è addestrato per intervenire nel modo migliore nel caso ciò si verificassero. I tipi di reazioni che si manifestano in casi sporadici sono:

- **Reazioni minori**, come starnuti o nausea. Queste reazioni non richiedono alcuna terapia medica.
- **Reazioni severe (0,01%)**: queste reazioni richiedono di solito una terapia medica e comprendono ad esempio difficoltà respiratorie, battiti cardiaci irregolari, convulsioni o perdita di coscienza.
- Nel caso di grave insufficienza renale, nei pazienti dializzati o trapiantati la somministrazione del mezzo di contrasto (Gadolinio) comporta il rischio di sviluppare una fibrosi nefrogenica sistemica, malattia rara caratterizzata da ispessimenti della cute e dei tessuti connettivi, debilitante e potenzialmente evolutiva.

Nel sito di iniezione può talora insorgere un ematoma che solitamente regredisce spontaneamente in pochi giorni; sono estremamente rari danni da compressione ai tessuti/nervi circostanti. Durante l'iniezione del mezzo di contrasto può avvenire una lesione della parete della vena con fuoriuscita di mezzo di contrasto nei tessuti molli; solitamente tale situazione si risolve spontaneamente, ma talora potrebbe essere necessario un trattamento (impacchi, drenaggio, ecc.).

Il rischio connesso all'esame in rapporto ai benefici ottenibili è molto piccolo.

Per poter escludere la presenza di fattori di rischio o di controindicazioni all'esame, La preghiamo di rispondere alle domande del questionario anamnestico allegato.

INFORMATIONSBLETT UND FRAGEBOGEN FÜR DIE MAGNETRESONANZUNTERSUCHUNG

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Ihr behandelnder Arzt/Ihre behandelnde Ärztin hat Sie an uns mit der Bitte überwiesen, eine Magnetresonanztomographie (MR) durchzuführen. Bitte lesen Sie das vorliegende Informationsblatt aufmerksam durch.

Was ist eine Magnetresonanztomographie?

Es handelt sich um ein bildgebendes Verfahren, das keine ionisierende Strahlung (Röntgenstrahlen oder radioaktive Pharmaka) verwendet. Die angewandten Energiequellen können mit elektronischen Geräten interagieren und diese eventuell irreparabel beschädigen; **bitte informieren Sie das Personal im Voraus, wenn Sie Geräte wie Herzschrittmacher, ICDs, Insulinpumpen, Neurostimulatoren, Cochlea-Implantate, Brustexpander usw. bei sich tragen**, deren Kompatibilität vor dem Betreten des Untersuchungsraums festgestellt werden muss.

Durchführung der Untersuchung:

Die Untersuchung ist schmerzfrei.

- Vor der Untersuchung müssen Sie alle Schmuckgegenstände, Uhr, Piercings, Brillen, Kontaktlinsen, die herausnehmbare Zahnprothese, Hörgeräte, Haarklammern oder andere Metallgegenstände in der Umkleidekabine ablegen, den BH ausziehen und Schminke und Haarlack entfernen.
- Für die Untersuchung müssen Sie alle Kleider bis auf die Unterwäsche ablegen und einen Krankenhauskittel überziehen. Die Unterwäsche darf keine Gold- oder Silberstickereien enthalten und sollte am besten aus Naturmaterialien sein.
- Die Untersuchung dauert, abhängig vom Organ, von ca. 20 Minuten bis zu einer Stunde.
- Sie werden auf dem Untersuchungstisch positioniert. Je nach zu untersuchendem Körperteil werden sog. Spulen angelegt. Anschließend werden Sie langsam in den Tunnel des Gerätes gefahren.
- Während der Untersuchung hören Sie ein lautes, rhythmisches Klopfen, das von der normalen Funktion des Gerätes herrührt. Sie erhalten dafür einen Gehörschutz (Ohrstöpsel/Kopfhörer).
- Für die gesamte Untersuchungsdauer sollten Sie so unbeweglich wie möglich bleiben und regelmäßig atmen, denn jede Bewegung kann die Beurteilbarkeit der Untersuchung einschränken.
- Es kann sein, dass Sie während einiger Untersuchungsphasen gebeten werden, die Luft anzuhalten.
- Sie sind kontinuierlich unter ärztlicher Aufsicht. Selten treten ein leichtes Unwohlsein wie Wärme, Juckreiz, beschleunigter Puls oder ähnliches bzw. Platzangst auf. In diesen Fällen können Sie jederzeit mit Hilfe eines Signalknopfes die zuständigen Mitarbeiter/ Mitarbeiterinnen rufen.

Wir sind stets bemüht, Ihre Wartezeiten einzuhalten. Durch Notfälle kann es aber zu unvorhergesehenen Wartezeiten kommen. Wir werden Sie sofort informieren und bitten um Ihr Verständnis.

Mögliche Risiken und Komplikationen

Die Magnetresonanztomographie ist eine nicht-invasive diagnostische Untersuchung und hat nach heutigem Kenntnisstand keine relevanten biologischen Auswirkungen auf Patienten ohne Kontraindikationen. Sie wird in Übereinstimmung mit den Sicherheitsvorschriften und -Standards durchgeführt. Es ist ratsam, die MRT-Untersuchung

nicht während des ersten Trimesters der Schwangerschaft durchzuführen. Selten können leichte Unannehmlichkeiten wie Platzangst, Juckreiz, Atemnot, Herzklopfen oder Unwohlsein während der Untersuchung auftreten; in solchen Fällen

Krankenhaus Bozen | Tel. 0471 438494 | Fax 0471 438908 | radiologia.bz@sabes.it
Krankenhaus Brixen | Tel. 0472 813150 | Fax 0472 813159 | radio.bx@sabes.it
Krankenhaus Bruneck | Tel. 0474 581250 | Fax 0474 581251 |
roentgendiagnostik-bruneck@sabes.it
Krankenhaus Meran | Tel. 0473 263070 | Fax 0473 264684 | rad-me@sabes.it
Krankenhaus Innichen | Tel. 0474 917090 | Fax 0474 917091 | rx_tech.inn@sabes.it
Krankenhaus Schladers | Tel. 0473 735020 | Fax 0473 735861 | rad-schl@sabes.it
Krankenhaus Sterzing | Tel. 0472 774412 | Fax 0472 774479 | radio.st@sabes.it
http://www.sabes.it
Südtiroler Sanitätsbetrieb
St.-Nr./MwSt.-Nr. 00773750211

Ospedale Bolzano | Tel. 0471 438494 | Fax 0471 438908 | radiologia.bz@sabes.it
Ospedale Bressanone | Tel. 0472 813150 | Fax 0472 813159 | radio.bx@sabes.it
Ospedale Brunico | Tel. 0474 581250 | Fax 0474 581251 |
roentgendiagnostik-bruneck@sabes.it
Ospedale Merano | Tel. 0473 263070 | Fax 0473 264684 | rad-me@sabes.it
Ospedale di S. Candido | Tel. 0474 917090 | Fax 0474 917091 | rx_tech.inn@sabes.it
Ospedale Silandro | Tel. 0473 735020 | Fax 0473 735861 | rad-schl@sabes.it
Ospedale di Vipiteno | Tel. 0472 774412 | Fax 0472 774479 | radio.st@sabes.it
http://www.asdaa.it
Azienda Sanitaria dell'Alto Adige
Cod. fisc./P. IVA 00773750211

können die Untersucher immer mit einer Glocke um Hilfe rufen. In Ausnahmefällen können Hörstörungen (Tinnitus und/oder Ohrensausen), meist vorübergehend, und Kopfschmerzen auftreten. An Hautkontaktstellen (z. B. durch Überkreuzen von Händen, Armen oder Beinen) und an Kontaktstellen zwischen der Haut und den Wänden des Geräts kann es zu lokalen Überhitzungen kommen, die - wenn auch selten - zu Verbrennungen führen können. Wir bitten Sie daher dringend, die Position, die Ihnen das technische Personal zu Beginn der Untersuchung zugewiesen hat, nicht zu verändern.

Warum Kontrastmittel?

Es ist möglich, dass bei dieser Untersuchung ein Kontrastmittel (Gadolinium) intravenös verabreicht werden muss, um die zu untersuchenden anatomischen Strukturen besser darstellen und eventuelle pathologische Veränderungen genauer erkennen zu können. Die zur Zeit gebräuchlichen Kontrastmittel sind sehr sicher und wurden bereits Millionen von Patienten und Patientinnen verabreicht. Lediglich in sehr seltenen Fällen treten Nebenwirkungen auf. Das Personal des Dienstes für Röntgendiagnostik ist für die Versorgung bei evtl. Reaktionen geschult. Die selten auftretenden Reaktionen sind:

- **Leichte Reaktionen** wie Niesen, Schnupfen. Diese bedürfen keiner Therapie
- **Schwere Reaktionen (0,01%)**, wie z. B. Atembeschwerden, Herzrhythmusstörungen, Krampfanfälle und Bewusstseinsverlust. Diese Nebenwirkungen benötigen einer medizinischen Therapie.
- Im Falle einer schweren Niereninsuffizienz, bei dialysepflichtigen oder transplantierten Patienten kann die Kontrastmittelgabe (Gadolinium) zu einer systemischen nephrogenen Fibrose führen, einer seltenen und potentiell lebensbedrohenden Erkrankung mit fibrotischen Veränderungen der Haut und des Bindegewebes.

An der Injektionsstelle kann manchmal ein Hämatom entstehen, das sich in der Regel innerhalb weniger Tage spontan zurückbildet; Kompressionsschäden an umliegenden Geweben/Venen sind äußerst selten. Bei der Injektion von Kontrastmittel kann es zu einer Verletzung der Venenwand mit Austritt von Kontrastmittel in das Weichteilgewebe kommen; dies bildet sich in der Regel spontan zurück, manchmal kann jedoch eine Behandlung (Kompressen, Drainage usw.) erforderlich sein.

Das Risiko ist im Verhältnis zum Nutzen der Untersuchung sehr gering.

Um das Vorhandensein von Risikofaktoren oder Kontraindikationen für die Untersuchung auszuschließen, beantworten Sie bitte die Fragen des beiliegenden anamnestischen Fragebogens.

Dichiarazione di consenso all'esecuzione dell'esame ed alla somministrazione del MDC

Io sottoscritto/sottoscritta _____

nato/a a _____ il _____

confermo di essere stato adeguatamente informato/stata adeguatamente informata da:

sulla mia situazione clinica e di aver ricevuto al riguardo chiare risposte ad ogni mia domanda.

Ho così compreso che allo scopo di migliorare la situazione attuale e/o di evitare peggioramenti delle mie condizioni cliniche è indicato un esame di risonanza magnetica.

Ritengo di aver ottenuto informazioni sufficienti riguardo all'indagine proposta e all'utilizzo eventuale del mezzo di contrasto. Valutate le informazioni e i chiarimenti ricevuti, compreso quanto sinteticamente riportato nel questionario, conscio delle eventuali complicità e rischi connessi all'indagine, esprimo un consenso consapevole all'esecuzione della indagine RM.

Sono consapevole che l'indagine, una volta avviata, può essere interrotta a mia richiesta, senza pregiudicare l'attività assistenziale, ma senza ottenere l'informazione diagnostica ricercata con questo esame.

Pertanto

- ☐ **acconsento all'esecuzione dell'esame di Risonanza Magnetica.**
- ☐ **NON acconsento all'esecuzione dell'esame di Risonanza Magnetica.**

Data e ora

Firma del/della **paziente**
(o del rappresentante legale)

Ritengo di aver ottenuto informazioni sufficienti riguardo all'indagine proposta e all'utilizzo eventuale del mezzo di contrasto

- ☐ **se necessario, autorizzo la somministrazione endovenosa di mezzo di contrasto.**
- ☐ **NON autorizzo la somministrazione endovenosa di mezzo di contrasto.**

Data e ora

Firma del/della **paziente**
(o del rappresentante legale)

Krankenhaus Bozen | Tel. 0471 438494 | Fax 0471 438908 | radiologia.bz@sabes.it
Krankenhaus Brixen | Tel. 0472 813150 | Fax 0472 813159 | radio.bx@sabes.it
Krankenhaus Bruneck | Tel. 0474 581250 | Fax 0474 581251 |
roentgendiagnostik-bruneck@sabes.it
Krankenhaus Meran | Tel. 0473 263070 | Fax 0473 264684 | rad-me@sabes.it
Krankenhaus Innichen | Tel. 0474 917090 | Fax 0474 917091 | rx_tech.inn@sabes.it
Krankenhaus Schladers | Tel. 0473 735020 | Fax 0473 735861 | rad-schl@sabes.it
Krankenhaus Sterzing | Tel. 0472 774412 | Fax 0472 774479 | radio.st@sabes.it
http://www.sabes.it
Südtiroler Sanitätsbetrieb
St.-Nr./MwSt.-Nr. 00773750211

Ospedale Bolzano | Tel. 0471 438494 | Fax 0471 438908 | radiologia.bz@sabes.it
Ospedale Bressanone | Tel. 0472 813150 | Fax 0472 813159 | radio.bx@sabes.it
Ospedale Brunico | Tel. 0474 581250 | Fax 0474 581251 |
roentgendiagnostik-bruneck@sabes.it
Ospedale Merano | Tel. 0473 263070 | Fax 0473 264684 | rad-me@sabes.it
Ospedale di S. Candido | Tel. 0474 917090 | Fax 0474 917091 | rx_tech.inn@sabes.it
Ospedale Silandro | Tel. 0473 735020 | Fax 0473 735861 | rad-schl@sabes.it
Ospedale di Vipiteno | Tel. 0472 774412 | Fax 0472 774479 | radio.st@sabes.it
http://www.asdaa.it
Azienda Sanitaria dell'Alto Adige
Cod. fisc./P. IVA 00773750211

QUESTIONARIO ANAMNESTICO

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Peso _____ Altezza _____

POSSIBILI CONTROINDICAZIONI ASSOLUTE all'esecuzione dell'esame RM!

- 1) È portatore/portatrice di dispositivi elettronici impiantati quali **pacemaker, defibrillatori, pompa per insulina, pompa per citostatici, neurostimolatori, protesi cocleari, ...?** ☐ NO ☐ SI
Se sì, è in possesso di documentazione attestante la loro compatibilità RM? ☐ NO ☐ SI
- 2) **Ritiene di poter avere schegge o frammenti metallici nel corpo?** ☐ NO ☐ SI
Se sì, quali e dove? _____
- 3) Per le donne, è portatrice di un **espansore mammario?** ☐ NO ☐ SI
- 4) Per le donne, è in **gravidanza?** ☐ NO ☐ SI
Se sì, in quale trimestre? _____

POSSIBILI CONTROINDICAZIONI RELATIVE all'esecuzione dell'esame RM!

- 1) Ha eseguito in precedenza esami di Risonanza Magnetica? ☐ NO ☐ SI
Se sì, ha avuto dei problemi? Quali? _____
- 2) Soffre di claustrofobia? ☐ NO ☐ SI
- 3) È mai stato operato/stata operata con inserimento di protesi o dispositivi metallici fissi (p.e. valvole cardiache, artroprotesi, clips vascolari)? ☐ NO ☐ SI
Quando? _____
- 4) È portatore/portatrice di apparecchi acustici o protesi dentarie amovibili? ☐ NO ☐ SI
- 5) È portatore/portatrice di lenti a contatto o protesi del cristallino? ☐ NO ☐ SI
- 6) Ha tatuaggi e/o piercing? (*possono surriscaldarsi durante l'esame*) ☐ NO ☐ SI
- 7) Sta utilizzando cerotti medicali? (*possono surriscaldarsi durante l'esame*) ☐ NO ☐ SI
- 8) Soffre di malattie con riduzione della funzionalità renale? ☐ NO ☐ SI
- 9) Ha problemi di allergia, asma o intolleranza a farmaci o mezzi di contrasto? ☐ NO ☐ SI
- 10) Per le donne, è portatrice di spirale (IUD) in materiale metallico? ☐ NO ☐ SI
- 11) Per le donne, sta allattando? ☐ NO ☐ SI

Per effettuare l'esame occorre togliere lenti a contatto, apparecchi per l'udito, protesi dentarie amovibili, fermagli per capelli, gioielli, occhiali e ogni oggetto metallico. Asportare cosmetici dal viso ed eliminare la lacca dei capelli. Rimuovere tutti gli indumenti, ad eccezione degli slip, e indossare il camice fornito.

IL MEDICO RESPONSABILE DELLA PRESTAZIONE,
preso atto delle risposte fornite dal paziente ed espletata l'eventuale visita medica
AUTORIZZA L'ESECUZIONE DELL'ESAME DI RISONANZA MAGNETICA

Data

Firma del Medico Radiologo

Einverständniserklärung zur Magnetresonanztomographie-Untersuchung und der Verabreichung KM

Ich Unterfertiger/Unterfertigte _____

geboren in _____ am _____

bestätige, in angemessener Weise von _____

über die individuelle klinische Situation informiert worden zu sein, und dass sämtliche Fragen diesbezüglich klar und verständlich beantwortet worden sind.

Demnach habe ich verstanden, dass mit dem Ziel, die aktuelle Situation zu verbessern, und/oder Verschlechterungen meiner klinischen Situation zu vermeiden, es angebracht ist, eine Magnetresonanztomographie-Untersuchung durchzuführen.

Ich bestätige hiermit, alle Informationen/Erklärungen zur MR-Untersuchung und eventuellen Verwendung des Kontrastmittels erhalten und verstanden zu haben.

Mir ist bekannt, dass die Untersuchung auch nach Beginn auf meine Anfrage hin unterbrochen werden kann, ohne Folgen, jedoch ohne die diagnostischen Informationen aus dieser Untersuchung.

Im Bewusstsein der gelieferten Antworten und der eventuellen mit der Untersuchung verbundenen Komplikationen und Risiken,

- ☐ **gebe ich mein volles Einverständnis und stimme der Magnetresonanztomographie-Untersuchung zu.**
- ☐ **stimme ich der Magnetresonanztomographie-Untersuchung NICHT ZU.**

Datum und Uhrzeit

Unterschrift des **Patienten**/der **Patientin**
(oder des gesetzlichen Vertreters)

Ich bestätige alle Informationen bezüglich der Kontrastmittelgabe erhalten zu haben, und somit

- ☐ **ermächtige ich, falls notwendig, die intravenöse Verabreichung von Kontrastmittel.**
- ☐ **ich verweigere die Verabreichung von intravenösem Kontrastmittel.**

Datum und Uhrzeit

Unterschrift des **Patienten**/der **Patientin**
(oder des gesetzlichen Vertreters)

Krankenhaus Bozen | Tel. 0471 438494 | Fax 0471 438908 | radiologia.bz@sabes.it
Krankenhaus Brixen | Tel. 0472 813150 | Fax 0472 813159 | radio.bx@sabes.it
Krankenhaus Bruneck | Tel. 0474 581250 | Fax 0474 581251 |
roentgendiagnostik-bruneck@sabes.it
Krankenhaus Meran | Tel. 0473 263070 | Fax 0473 264684 | rad-me@sabes.it
Krankenhaus Innichen | Tel. 0474 917090 | Fax 0474 917091 | rx_tech.inn@sabes.it
Krankenhaus Schlanders | Tel. 0473 735020 | Fax 0473 735861 | rad-schl@sabes.it
Krankenhaus Sterzing | Tel. 0472 774412 | Fax 0472 774479 | radio.st@sabes.it
http://www.sabes.it
Südtiroler Sanitätsbetrieb
St.-Nr./MwSt.-Nr. 00773750211

Ospedale Bolzano | Tel. 0471 438494 | Fax 0471 438908 | radiologia.bz@sabes.it
Ospedale Bressanone | Tel. 0472 813150 | Fax 0472 813159 | radio.bx@sabes.it
Ospedale Brunico | Tel. 0474 581250 | Fax 0474 581251 |
roentgendiagnostik-bruneck@sabes.it
Ospedale Merano | Tel. 0473 263070 | Fax 0473 264684 | rad-me@sabes.it
Ospedale di S. Candido | Tel. 0474 917090 | Fax 0474 917091 | rx_tech.inn@sabes.it
Ospedale Silandro | Tel. 0473 735020 | Fax 0473 735861 | rad-schl@sabes.it
Ospedale di Vipiteno | Tel. 0472 774412 | Fax 0472 774479 | radio.st@sabes.it
http://www.asdaa.it
Azienda Sanitaria dell'Alto Adige
Cod. fisc./P. IVA 00773750211

ANAMNESTISCHER FRAGEBOGEN

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Gewicht _____ Größe _____

MÖGLICHE ABSOLUTE KONTRAINDIKATIONEN gegen die Durchführung der MR-Untersuchung!

- 1) Tragen Sie implantierte elektronische Geräte, wie **Herzschrittmacher, Defibrillatoren, Insulinpumpe, Zytostatikapumpe, Neurostimulatoren, Cochlea-Implantate, ...?** ☐ NEIN ☐ JA
Falls ja, verfügen Sie über Dokumentation, die deren MRT-Kompatibilität feststellt? ☐ NEIN ☐ JA
- 2) **Glauben Sie, dass Sie Metallsplitter bzw. -fragmente in Ihrem Körper haben könnten?** ☐ NEIN ☐ JA
Falls ja, welche und wo? _____
- 3) Für Frauen, tragen Sie einen **Brustexpander?** ☐ NEIN ☐ JA
- 4) Für Frauen, **sind Sie schwanger?** ☐ NEIN ☐ JA
Falls ja, in welchem Trimester? _____

MÖGLICHE RELATIVE KONTRAINDIKATIONEN gegen die Durchführung der MR-Untersuchung!

- 1) Haben Sie sich bereits einer MR-Untersuchung unterzogen? ☐ NEIN ☐ JA
Falls ja, hatten Sie irgendwelche Probleme? Welche? _____
- 2) Leiden Sie unter Klaustrophobie/Platzangst? ☐ NEIN ☐ JA
- 3) Wurden Sie jemals mit Prothesen oder festsitzenden Metallvorrichtungen operiert (z.B. Herzklappen, Arthroplastik, Gefäßklammern)? ☐ NEIN ☐ JA
Wann? _____
- 4) Tragen Sie herausnehmbare Hörgeräte oder Zahnprothesen? ☐ NEIN ☐ JA
- 5) Tragen Sie Kontaktlinsen oder Linsenimplantate? ☐ NEIN ☐ JA
- 6) Haben Sie Tätowierungen oder Piercings?
(diese können sich während der Untersuchung überhitzen) ☐ NEIN ☐ JA
- 7) Benutzen Sie medizinische Pflaster?
(diese können sich während der Untersuchung überhitzen) ☐ NEIN ☐ JA
- 8) Leiden Sie an Krankheiten mit einer eingeschränkten Nierenfunktion? ☐ NEIN ☐ JA
- 9) Haben Sie Allergien, Asthma oder Unverträglichkeiten gegen Medikamente/Kontrastmittel? ☐ NEIN ☐ JA
- 10) Für Frauen, tragen Sie ein Intrauterinpessar (Spirale) aus metallischem Material? ☐ NEIN ☐ JA
- 11) Für Frauen, stillen Sie? ☐ NEIN ☐ JA

Um die Untersuchung durchführen zu können, müssen Sie Kontaktlinsen, Hörgeräte, herausnehmbaren Zahnersatz, Haarspangen, Schmuck, Brillen und alle Metallgegenstände ablegen. Entfernen Sie Kosmetika aus Ihrem Gesicht und Haarspray. Ziehen Sie alle Kleidungsstücke aus, mit Ausnahme von Slips bzw. Unterhosen, und ziehen Sie den bereitgestellten Kittel an.

DER DIENSTHABENDE ARZT, nachdem er die Antworten des Patienten
zur Kenntnis genommen und eine eventuelle ärztliche Untersuchung durchgeführt hat
GENEHMIGT DIE DURCHFÜHRUNG DER MRT-UNTERSUCHUNG

Datum

Unterschrift des Radiologen