

Questionario di sicurezza per Risonanza Magnetica RM del: _____

La preghiamo di rispondere correttamente alle seguenti domande per il Suo bambino e a nome Suo qualora desiderasse accompagnarlo durante l'esame. **In caso di dubbi o incertezze, La invitiamo a rivolgersi a noi in qualsiasi momento.**

Nome del bambino	Data di nascita	Peso	Altezza	Nome dell'accompagnatore

☐ Nessun cambiamento dall'ultimo esame RM effettuato in data: _____

☐ Nuovo esame di Risonanza Magnetica / Aggiornamento dall'ultimo esame RM

	Bambino	Accompagn.
Lei o il suo bambino è portatore di un impianto medico? Se sì, quale:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
Pacemaker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dispositivo di neurostimolazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pompa di insulina? Pompa d'infusione per il dolore o altro tipo di pompa d'iniezione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Shunt liquorale ventricolo-peritoneale (VP Shunt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dispositivi o apparecchi acustici per orecchio medio, interno o impianti cocleari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Valvole cardiache artificiali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altre protesi (es. Protesi ortopediche, protesi dentarie fisse o mobili). Se sì, quale:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clips vascolari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altri tipi di clips o apparecchi impiantati in seguito ad un'operazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altro dispositivo medico. Se sì, quale:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avete già subito un intervento chirurgico alla testa, agli occhi, alle orecchie o al cuore oppure vi siete già sottoposti ad un'angiografia?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
Se sì, specifichi cosa e perché:		
Esiste la possibilità che abbia delle schegge o dei frammenti di metallo negli occhi?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
Ad eccezione delle otturazioni ai denti, lei o il suo bambino siete portatori di altri impianti o corpi metallici (es. Apparecchio dentario, spirale in rame, piercing, stecche o fasce ortopediche, fasce o polsini di peso, dispositivi o apparecchi acustici, ...). Se sì, specifichi cosa:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
Per donne in età fertile: esiste la possibilità che sia incinta?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
Lei o il suo bambino porta dei cerotti transdermici (es. Cerotti per il dolore, per il mal d'auto o cerotti ormonali)? Se sì, quale:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	
Ha tatuaggi?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	
Indossa biancheria intima sintetica?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	
Ci sono dei motivi che impediscono al suo bambino di rimanere sdraiato/a per un certo lasso di tempo? Es. prurito, dolori, raffreddore e starnuti, claustrofobia, epilessia, ...	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	
Se sì, specifichi cosa:		
Soffre di allergie, asma o presenta un'ipersensibilità a dei farmaci?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	
Soffre di malattie renali?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	
Se sì, ha bisogno di una dialisi? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì		
Ha già eseguito un esame TAC o RM?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	
Autorizzo l'utilizzo delle immagini di RM e delle relative informazioni cliniche ai fini didattici e per la ricerca con il rigoroso rispetto della riservatezza circa i dati personali riguardanti il mio bambino, come specificato sul retro.	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	
Se sì, desidero essere informato/a circa l'utilizzo e la diffusione delle immagini di RM nonché delle informazioni cliniche riguardanti il mio bambino.	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	

Prima di accedere alla sala di scansione, La preghiamo di **togliere tutti gli oggetti metallici** (orologi, gioielli, pinze per capelli, occhiali, apparecchi acustici, deambulatore, ...), di **svuotare le tasche dei vestiti** (chiavi, portamonete, carte di credito, monete, penne, graffette, ...) e di **non portare con sé nessun oggetto** (telefono, tablet, PC, zaino, borsa, cancelleria, ...).

Firmando il presente documento, conferma di essere stato informato/a in maniera esaustiva circa i possibili rischi che potrebbero derivare dall'esecuzione dell'esame RM. Conferma inoltre di aver letto con attenzione il precedente questionario nonché la veridicità e l'attendibilità delle Sue risposte.

Luogo e data

Firma del genitore o del tutore

Firma del TSRM

Utilizzo delle immagini di Risonanza magnetica per la ricerca e l'insegnamento

In qualità di clinica universitaria, l'Ospedale Pediatrico di Zurigo è un centro di formazione e perfezionamento per medici, laureandi e laureati, infermieri e altre figure professionali specializzate nell'ambito sanitario. Così come in altri ospedali universitari, anche presso l'Ospedale Pediatrico di Zurigo viene portata avanti la ricerca al fine di migliorare e sviluppare nuove tecniche diagnostiche, nuove terapie e nuove cure. Per perseguire questi scopi è fondamentale avere accesso ai risultati degli esami clinici, alle terapie e al decorso del paziente, dati che vengono raccolti nella cartella clinica di ogni paziente. Per raggiungere i nostri obiettivi e poter differenziare i quadri clinici in modo affidabile, non è importante solo la raccolta di informazioni su specifiche malattie, ma anche la documentazione dello sviluppo delle stesse nonché del processo di guarigione dei nostri pazienti.

Affinché l'Ospedale Pediatrico di Zurigo possa impiegare le immagini di Risonanza magnetica dalla documentazione del paziente ai soli fini didattici e della ricerca, è necessario il Suo consenso formale. La preghiamo quindi di rispondere alle domande relative presenti nel questionario in prima pagina. Con il Suo consenso fornirà un prezioso contributo al progresso della medicina. Ha il diritto di rispondere negativamente alla nostra richiesta e ci teniamo pertanto a specificare che il Suo trattamento non sarà in alcun modo influenzato o alterato dalla Sua scelta.

Dando il Suo formale consenso all'utilizzo delle immagini di Risonanza magnetica per la ricerca medica e l'insegnamento, permetterà ai collaboratori della nostra struttura, già tenuti al segreto professionale, di utilizzare le immagini diagnostiche e le informazioni cliniche necessarie alla ricerca (quali età del paziente, sesso, quesito diagnostico, diagnosi, ...). Tutti gli aspetti relativi alla protezione dei dati del paziente sono presi in alta considerazione. La pubblicazione dei risultati avviene sempre in forma del tutto anonima senza che siano fatti dei riferimenti al paziente né che se ne menzioni il nome. Se necessario, le immagini saranno eventualmente rese irriconoscibili affinché non si possa risalire al paziente in questione.

Diritto di recesso

Ha il diritto di revocare il consenso concesso in qualsiasi momento. A partire dal momento della revoca nessuna immagine diagnostica di RM e i relativi dati clinici potranno essere utilizzati a fini didattici o di ricerca. Per un'eventuale richiesta, La preghiamo di rivolgersi a: Kinderspital Zürich – Eleonorenstiftung, Abteilung Bilddiagnostik, Lenggstrasse 30, 8008 Zurigo oppure di contattarci tramite e-mail a: radiologie.sekretariat@kispi.uzh.ch

Altre domande?

Il personale amministrativo e medico del centro di Risonanza Magnetica rimane a Sua disposizione per rispondere alle Sue eventuali domande. Inoltre, su richiesta, Le possiamo fornire il documento informativo completo "Riutilizzo dei dati sanitari e dei campioni biologici per la ricerca e formazione".