

CONSIMȚĂMÂNT INFORMAT PENTRU INVESTIGAȚIA PRIN REZONANȚĂ MAGNETICĂ (IRM)

A. Datele pacientului	Numele și prenumele			
	Domiciliul/reședința			
	CNP	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □		
		Înălțime (cm)		Greutate (kg)
B. Reprezentantul legal al pacientului*	Numele și prenumele			
	Domiciliul/reședința			
	Calitatea			
	CNP	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □		
C. Regiune investigată**				
D. Motivele examinării IRM și/sau simptomele principale**				

*Se utilizează în cazul minorilor și majorilor fără discernământ – pentru art. 8 alin. (3)-(5) din OMS nr. 482/2007

** Rubricile C și D se completează de către cadrul medical de radiologie.

- IRM (Imagistică prin Rezonanță Magnetică)** este o procedură medicală computerizată și neinvazivă care utilizează câmpul magnetic. Include o gamă completă de examinări și oferă o calitate excelentă imaginilor.
- IRM se efectuează la recomandarea medicului curant.
- Nu se recomandă** efectuarea investigației în cazul femeilor gravide în primele 3 luni de sarcină.
- Este **strict interzisă** efectuarea investigației în cazul prezenței unui stimulator cardiac (pacemaker).
- Este absolut necesară cooperarea pacientului cu personalul medical pentru efectuarea adecvată a investigației. Astfel, pe tot parcursul examinării IRM, **pacientul trebuie să mențină nemișcat segmentul de investigat, pentru realizarea unor imagini cu caracter medical concludente.**
- Înainte de semnarea consimțământului informat, vă rugăm să citiți cu atenție următoarele întrebări și să răspundeți cu DA sau NU (bifați):

1	1a. Vi s-a mai administrat substanță de contrast?	☐ Da	☐ Nu
	1b. Dacă DA, ați avut reacții alergice?	☐ Da	☐ Nu
2	2a. Aveți reacții alergice la medicamente?	☐ Da	☐ Nu
	2b. Dacă DA, la ce medicamente:		
3	3a. Aveți alte tipuri de reacții alergice (alimentare, la praf, detergenți, cloruri etc.)?	☐ Da	☐ Nu
	3b. Dacă DA, specificați la ce anume:		
4	Suferiți de claustrofobie (teamă de spații mici, închise)?	☐ Da	☐ Nu
5	Suferiți de epilepsie (afecțiune neurologică caracterizată prin cel puțin 2 crize epileptice)?	☐ Da	☐ Nu
6	Suferiți de astm bronșic?	☐ Da	☐ Nu
7	Aveți clipuri chirurgicale din materiale metalice, valve cardiace?	☐ Da	☐ Nu
8	Aveți proteze articulare/auditive/materiale de osteosinteză?	☐ Da	☐ Nu
9	Aveți materiale stomatologice sau alte proteze?	☐ Da	☐ Nu
10	Aveți corpi străini intraoculari, schije, gloanțe, obiecte metalice?	☐ Da	☐ Nu
11	Ați practicat meserii care implică prelucrarea metalelor?	☐ Da	☐ Nu
12	În cazul femeilor:		
	12a. Aveți cunoștință despre o sarcină în primul trimestru (3 luni)?	☐ Da	☐ Nu
	12b. Aveți implantate dispozitive intrauterine?	☐ Da	☐ Nu
13	13a. Ați mai efectuat acest tip de investigație imagistică?	☐ Da	☐ Nu
	13b. Dacă DA, specificați segmentul examinat:		

7. Declar pe propria răspundere că NU POSED:

- a) bioimplanturi, neurostimulatori, clipuri feromagnetice intracraniene și postchirurgie laparoscopică;
- b) implanturi cohleare, aparat auditiv;
- c) proteze dentare detașabile;
- d) stimulator cardiac (pacemaker), proteze valvulare cardiace (valve ventriculare etc.);
- e) orice tip de proteză (șold, genunchi, membre, ochi);
- f) stenturi metalice, filtre (venoase), antene;
- g) shunt (spinal sau intraventricular);
- h) cateter metalic;
- i) materiale de osteosinteză (tije, șuruburi, plăci etc.);
- j) sutură cu fire metalice sau agrafe;
- k) dispozitive sau implanturi electronice/activate magnetic;
- l) pompe de insulină sau de alte medicamente;
- m) plasturi medicalizați (nicotină, nitroglicerină etc.);
- n) în cazul femeilor, dispozitiv intrauterin, pesar vaginal/uterin;
- o) alte obiecte metalice introduse în corp în scop medical sau în mod accidental.

8. Am luat la cunoștință că este interzis să intru în incinta aparatului de rezonanță magnetică cu orice obiect cu activare electromagnetică (în general, obiecte metalice): ochelari cu rame metalice, agrafe, ace de gămălie, fermoare, curele, nasturi, bijuterii, ceasuri, telefoane, cărți de credit electromagnetice, monede, chei, haine cu accesorii metalice etc.

9. Am fost informat despre întregul proces de examinare IRM, inclusiv despre beneficiile și riscurile examinării IRM, toate aceste informații fiind prezentate pe înțelesul meu.

10. ☐ Sunt de acord/ ☐ Nu sunt de acord ca medicul curant și medicul radiolog să utilizeze în scop didactic și documentar științific imaginile înregistrate în timpul examinării (filmul examinării), cu respectarea confidențialității privind identitatea mea.

11. Vă rugăm să bifați opțiunea dumneavoastră cu privire la administrarea substanței de contrast paramagnetică:

☐ **Sunt de acord** să mi se administreze substanță de contrast paramagnetică, pentru un rezultat concludent.

☐ **Nu sunt de acord** să mi se administreze substanță de contrast paramagnetică și îmi asum riscul unui rezultat neconcludent.

I. Declar că am citit și am înțeles toate informațiile furnizate de către _____

(numele și prenumele cadrului medical de radiologie) și enumerate mai sus și **ÎMI EXPRIM ACORDUL INFORMAT PENTRU EFECTUAREA EXAMINĂRII IRM.**

Data: ____/____/____

Semnătura pacientului/reprezentantului legal care consimte informat la efectuarea examinării IRM

II. Declar că am citit și am înțeles toate informațiile furnizate de către _____

(numele și prenumele cadrului medical de radiologie) și enumerate mai sus, că mi s-au explicat consecințele refuzului efectuării examinării IRM și **ÎMI EXPRIM REFUZUL PENTRU EFECTUAREA EXAMINĂRII IRM.**

Data: ____/____/____

Semnătura pacientului/reprezentantului legal care refuză efectuarea examinării IRM

III. În cazul pacientului major, cu discernământ, fără capacitate de a scrie sau a citi:

Subsemnatul, _____
(numele și prenumele medicului/asistentului medical), în calitate de martor, confirm că prezentul formular, a fost citit de către _____ *(numele și prenumele cadrului medical de radiologie care a informat pacientul)* și completat în prezența mea, pacientul exprimându-și verbal ☐ **acordul pentru efectuarea examinării IRM**/☐ **refuzul pentru efectuarea examinării IRM**, fără ca asupra lui să se fi exercitat vreo constrângere.

Pacient – tip infirmitate sau descrierea situației: _____

Data: ____/____/____

Semnătura martorului