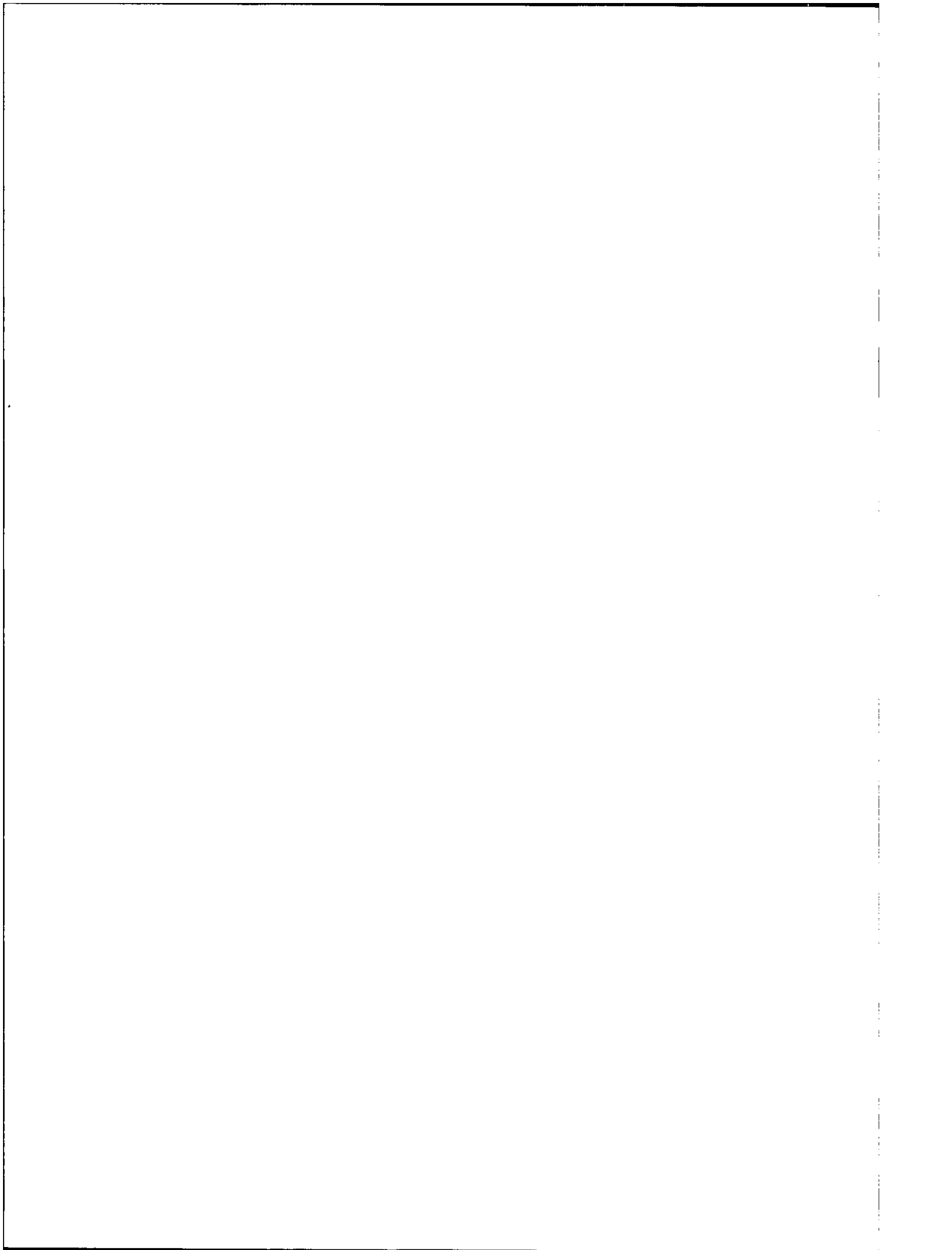




PROCEDURA DI GOVERNO DELLA DOMANDA IN RM



PROCEDURA PER IL

~~PROGETTO~~ DI GOVERNO DELLA DOMANDA IN RM

UOC RADIOLOGIA
ASL RIETI

[Handwritten signature]



A.U.S.L. RIETI
Ospedale "San Camillo de' Lellis"
0746/2781

U.O.C. Diagnostica per Immagini Rieti/Amatrice
Il Direttore: Dr. Roberto Tempesta

11 DIC. 2007
4980

Rieti, 10.12.2007

AI DIRETTORI DI UOC E CAPOSALA OSPEDALE DI RIETI
AI DIRETTORI DI UOC E CAPOSALA OSPEDALE DI MAGLIANO
AI DIRETTORI DI UOC E CAPOSALA OSPEDALE DI AMATRICE

e p.c. AL DIRETTORE GENERALE ASL
AL DIRETTORE SANITARIO ASL
AL DIRETTORE SANITARIO STABILIMENTI RIETI, MAGLIANO ED
AMATRICE

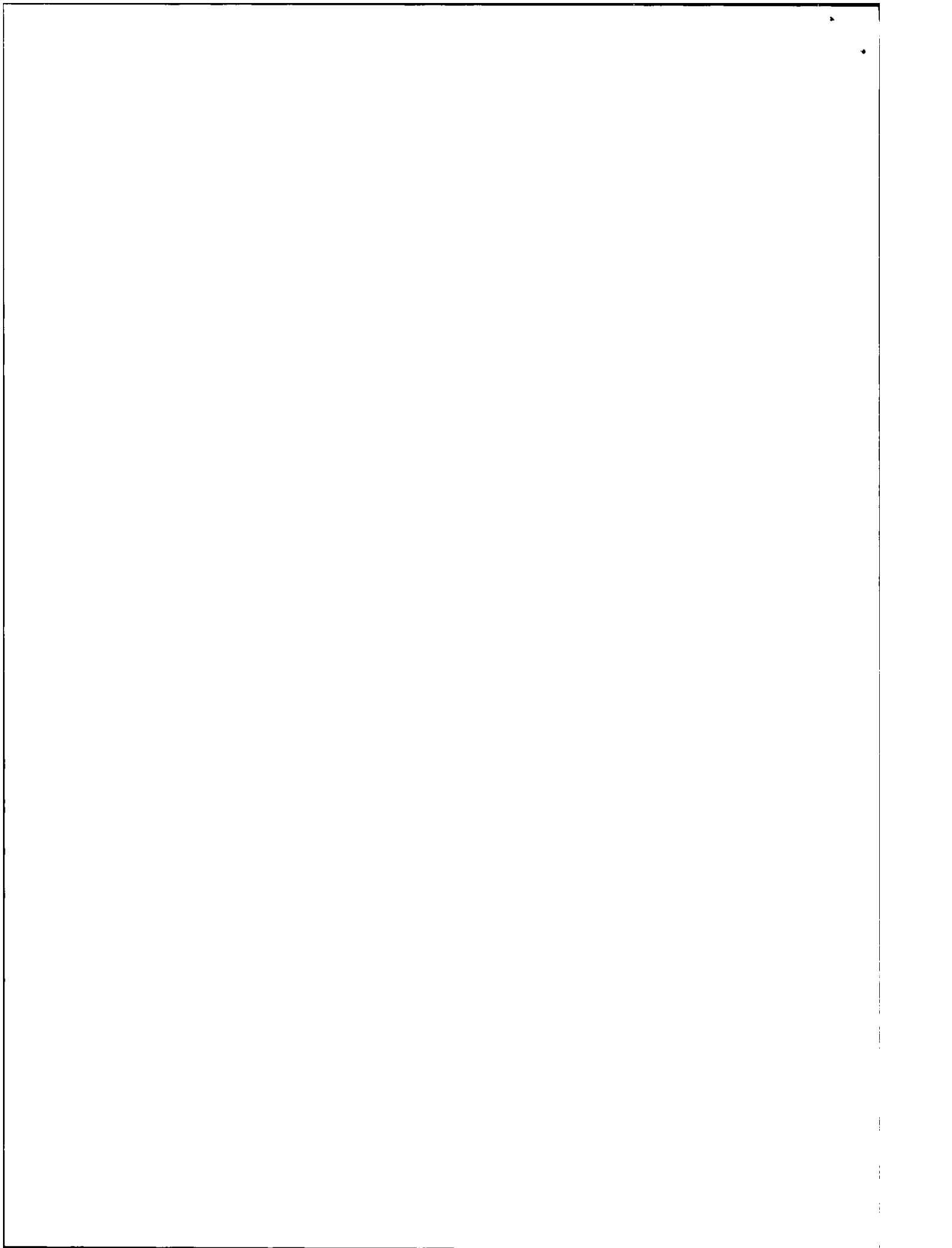
Con presente si invitano le SSVV a sostituire i vecchi moduli di prenotazione degli esami RM con i nuovi, allegati, dal 1/1/2008.

Tali moduli dovranno essere compilati interamente e dovrà essere individuato il grado di priorità (A, B, C, D o Controllo) secondo gli schemi concordati e forniti di seguito:

- **PRIORITA' A**
 - Sindromi nervose midollari acute o progressive

- **PRIORITA' B**
 - Valutazione di neoplasie da avviare con urgenza a trattamento medico o chirurgico (dopo TC dubbia o insufficiente)
 - Ipertensione endocranica con TC non diagnostica
 - Sospetta sindrome demielinizzante acuta (1° diagnosi) con TC non diagnostica
 - Sospetta encefalite
 - Ittero ostruttivo accertato (eco o TC)

- **PRIORITA' C**
 - Sintomi neurologici di sospetta natura ischemica con TC negativa
 - Sintomi riferibili a patologia non compressiva della fossa cranica posteriore
 - Paziente con sindrome demielinizzante encefalica o midollare nota in fase di riacutizzazione
 - Cefalea, vertigini o altri sintomi con segni focali neurologici e TC non diagnostica
 - Sindrome radicolare con deficit neurologico associato



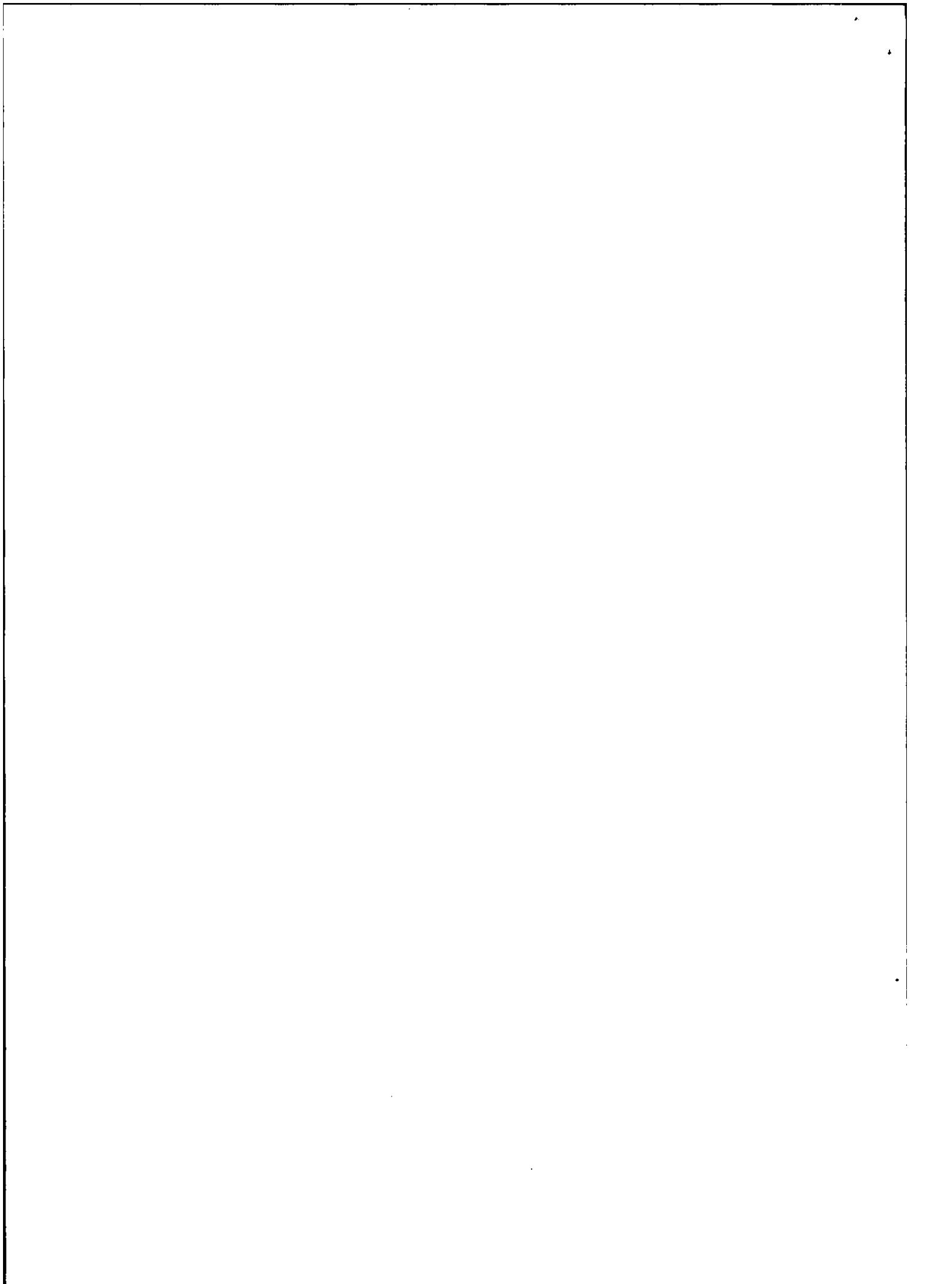
- Sintomatologia algica invalidante rachidea da sottoporre con urgenza a terapia antalgica
 - Valutazione di neoplasie per cui non si prevede un urgente trattamento medico o chirurgico (TC dubbia o insufficiente)
 - Patologia osteoarticolare traumatica da sottoporre urgentemente a trattamento chirurgico
- **PRIORITA' D**
 - Tutti i quesiti che non rientrano nelle priorità A, B e C
 - **CONTROLLI**
 - Controlli programmati di patologia cronica a clinica stabile

- 1) Le **PRIORITA' A** devono essere consegnati direttamente al Medico Radiologo di sala e verranno eseguiti immediatamente
- 2) Le **PRIORITA' B**, consegnati al Medico Radiologo di sala, verranno eseguiti nello spazio di 48 h.
- 3) Le restanti richieste (**PRIORITA' C e D e CONTROLLI**) saranno consegnate al Medico Radiologo di sala e successivamente saranno comunicati al reparto la data ed orario dell'appuntamento.
- 4) Le priorità sopra menzionate, pur mantenendo la loro sostanziale validità, possono in casi del tutto eccezionali, previa congrua motivazione, essere riconsiderate qualora i tempi di attesa non corrispondano alla corretta gestione del Paziente e discusse tra Clinico richiedente e Radiologo.
- 5) Si ricorda che il numero dei segmenti richiesti per ciascun paziente **CONDIZIONA PESANTEMENTE** il tempo di esame e quindi di occupazione dell'apparecchiatura RM, pertanto si raccomanda di **LIMITARE** il più possibile il numero di segmenti richiesti per restringere il più possibile i tempi di attesa per altri Pazienti.
- 6) Insieme ai moduli di prenotazione dovranno essere allegati anche il **QUESTIONARIO** e il nuovo modulo di **CONSENSO INFORMATO** (allegato alla presente) debitamente compilati e firmati.

Il Direttore U.O.C. Diagnosi per Immagini
Rieti/Amatrice

Dr. Roberto Tempesta





Modulo di Prenotazione Pazienti Interni RM

ESAME RICHIESTO:	REPARTO DI DEGENZA:
<i>Data della richiesta:</i>	<i>Data di arrivo in RM:</i>

Paziente
(Cognome e Nome):

Data di nascita:

Indirizzo:

Telefono:

Comune:

Provincia:

QUESITO DIAGNOSTICO

Priorità

A

Da eseguire
immediatamente

B

entro le
48 ore

C

D

CONTROLLO

DATI CLINICO - ANAMNESTICI UTILI:

Caro collega, affinché l'accuratezza diagnostica e l'efficacia dell'indagine richiesta siano quanto più elevata possibile, è necessario che siano noti al radiologo i dati clinici del paziente. In particolare, questo riguarda l'essere a conoscenza dei precedenti anamnestici, della sintomatologia clinica e del preciso sospetto clinico che si intende dirimere. Pertanto, la compilazione dettagliata del presente modulo è necessaria e costituisce un atto fondamentale di rispetto delle aspettative diagnostiche e terapeutiche del paziente.

MEDICO RICHIEDENTE e REPARTO (timbro e firma leggibile): _____

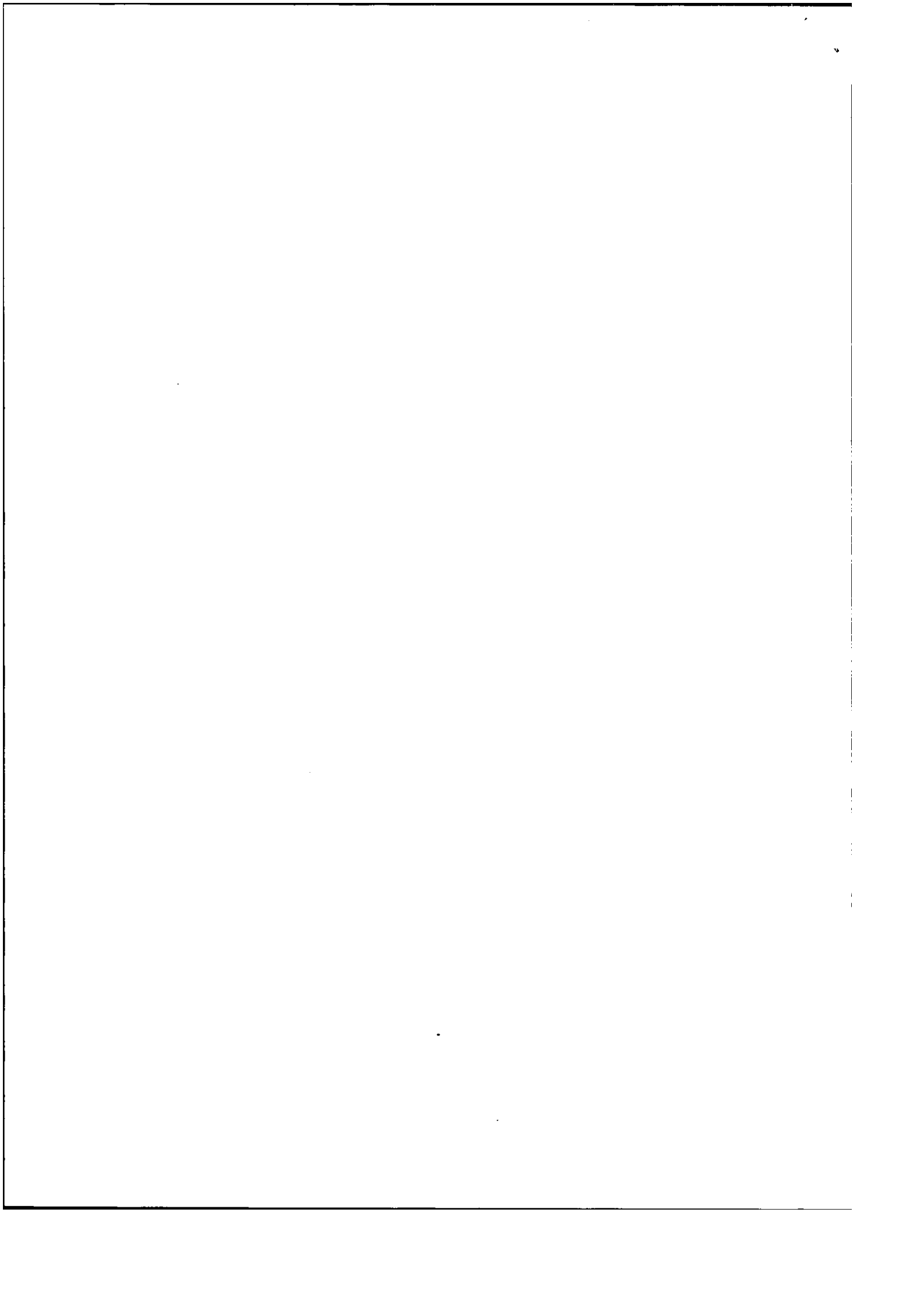
Informazioni necessarie all'esecuzione degli esami:

- 1 Il paziente dovrà presentarsi senza lenti a contatto e cosmetici sul volto. Togliere orologi, carte magnetiche, telefonini, apparecchi acustici e tutti gli oggetti metallici come orecchini, braccialetti, anelli ecc.
- 2 presentare il questionario ed il consenso informato.

Il paziente in dimissione protetta dovrà presentarsi almeno quindici minuti prima con eventuali esami personali precedenti concernenti la patologia o l'area anatomica in esame (TAC, RMN, ECOGRAFIE e RADIOGRAFIE).

Se l'esame può prevedere il completamento con mezzo di contrasto: _____

- 1 Osservare digiuno per almeno 4 ore prima dell'esame.
- 2 Essere in possesso dell'esame di creatinemia (non antecedente ai 3 mesi dalla data di esame).



CONSENSO INFORMATO

Gentile paziente, l'indagine diagnostica richiesta prevede l'impiego di un campo magnetico statico e di onde di radiofrequenza analoghe a quelle emesse da radio, TV, telefoni cellulari, e, a volte, di un mezzo di contrasto paramagnetico per via endovenosa che rende possibile una migliore definizione delle strutture anatomiche e della patologia. Le reazioni avverse legate all'utilizzo del mezzo di contrasto si presentano in meno dell'1% dei casi e sono spesso localizzate nel punto di iniezione (senso di calore). Rare sono le reazioni medio - gravi (0,05%) e quasi sempre di natura allergica: la preghiamo comunque di segnalare al medico radiologo le patologie di cui è portatore ed in particolare quelle allergiche.

- L'esame non è doloroso né fastidioso e non prevede manovre invasive.
- Durante l'esame si sentono rumori ritmici che dipendono dal normale funzionamento dell'apparecchiatura.
- È importante l'**assoluta immobilità durante l'esame** al fine di ottenere immagini di qualità.

Se le informazioni riportate in questo foglio, necessariamente limitate e succinte, Le risultassero poco comprensibili o se avesse dubbi in proposito, si rivolga con fiducia al personale del servizio, che Le fornirà ogni possibile ulteriore chiarimento.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO

La/Il sottoscritto/a

informato in modo chiaro e completo

- Sul tipo di indagine diagnostica da eseguire.
- Sulla modalità di esecuzione dell'indagine e sulla tipologia degli strumenti utilizzati.
- Sui possibili rischi legati alla eventuale iniezione per via endovenosa di mezzi di contrasto paramagnetici.
- Sulla possibilità/impossibilità di effettuare indagini alternative di pari efficacia.
- Sui possibili rischi relativi e di eventuali danni per la salute e per la vita.
- Sugli inconvenienti conseguenti alla mancata esecuzione dell'indagine, per l'insufficienza dei dati raccolti al fine di raggiungere una diagnosi esaustiva.
- Sul parere del medico e che l'indagine proposta è quella che offre il miglior rapporto rischio/beneficio sulla base delle conoscenze attuali.
- Sul fatto che l'indagine possa essere immediatamente sospesa nell'eventuale comparsa di eventi avversi.

Dichiara quanto segue:

- ACCETTA L'INDAGINE PROPOSTA ED APPONENDO LA PROPRIA FIRMA DA' IL PROPRIO RESPONSABILE CONSENSO ALLO SVOLGIMENTO DELLA STESSA E ALL'USO DEL MEZZO DI CONTRASTO.
- ACCETTA L'INDAGINE PROPOSTA ED APPONENDO LA PROPRIA FIRMA DA' IL PROPRIO RESPONSABILE CONSENSO ALLO SVOLGIMENTO DELLA STESSA, MA RIFIUTA L'USO DEL MEZZO DI CONTRASTO.

DATA

Nome e Cognome
Del paziente

(in caso di minore)
Nome e Cognome
di chi ne ha la facoltà'

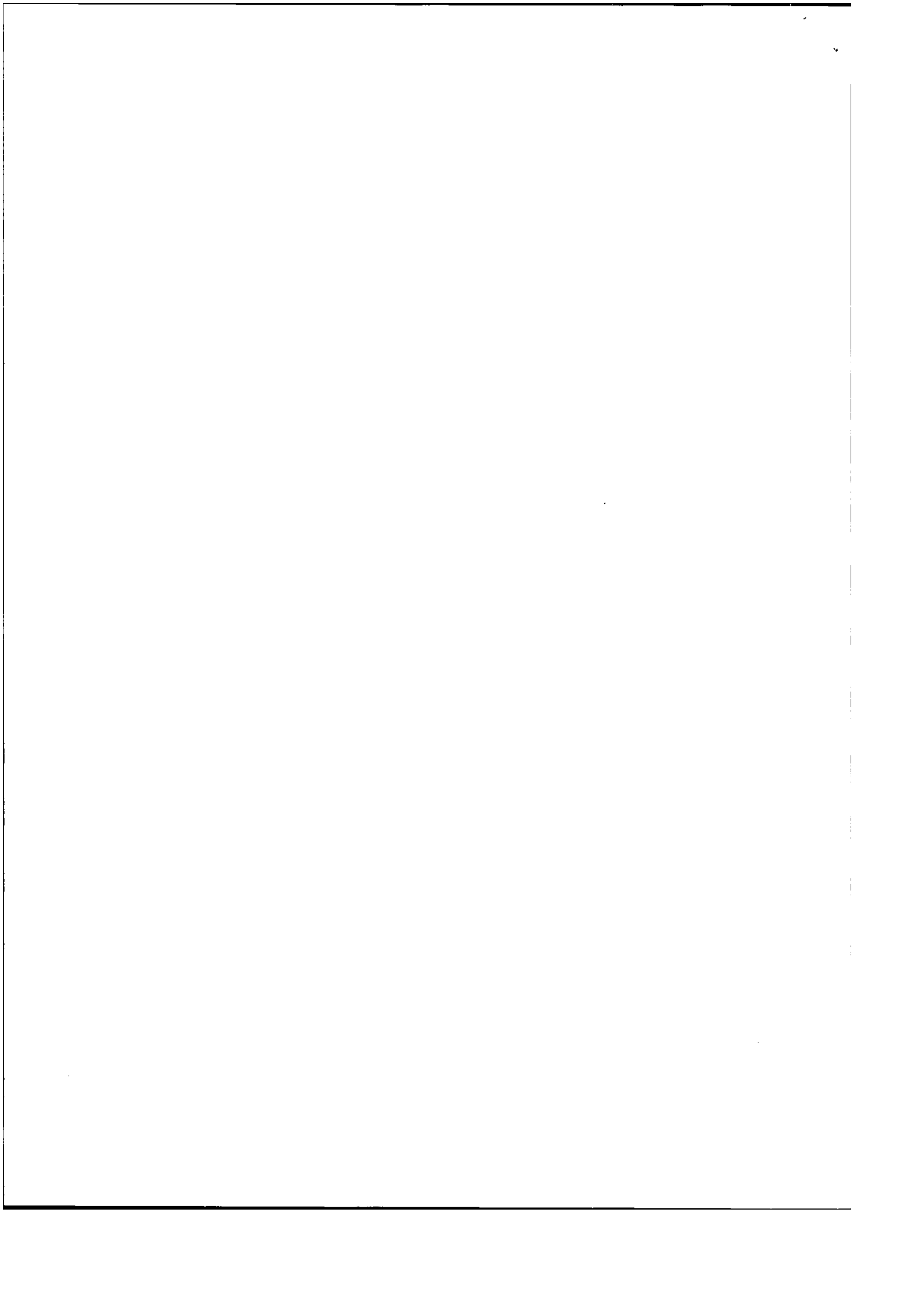
.....
Firma del paziente

.....
Firma di chi ne ha la facoltà'

N.B. Se il paziente è minore di 18 anni il consenso deve essere rilasciato da un genitore o da una persona esercitante la potestà.

Mod.

rev del 27.11.2007
Consenso informato rm doc



11 DIC. 2007

4980

A.U.S.L. RIETI

Ospedale "San Camillo de' Lellis"

0746/2781

U.O.C. Diagnostica per Immagini Rieti/Amatrice

Il Direttore: Dr. Roberto Tempesta

Rieti, 10.12.2007

AI DIRETTORI DI UOC E CAPOSALA OSPEDALE DI RIETI
AI DIRETTORI DI UOC E CAPOSALA OSPEDALE DI MAGLIANO
AI DIRETTORI DI UOC E CAPOSALA OSPEDALE DI AMATRICE

e p.c. AL DIRETTORE GENERALE ASL
AL DIRETTORE SANITARIO ASL
AL DIRETTORE SANITARIO STABILIMENTI RIETI, MAGLIANO ED
AMATRICE

Con presente si invitano le SSVV a sostituire i vecchi moduli di prenotazione degli esami RM con i nuovi, allegati, dal 1/1/2008.

Tali moduli dovranno essere compilati interamente e dovrà essere individuato il grado di priorità (A, B, C, D o Controllo) secondo gli schemi concordati e forniti di seguito:

- **PRIORITA' A**
 - Sindromi nervose midollari acute o progressive

- **PRIORITA' B**
 - Valutazione di neoplasie da avviare con urgenza a trattamento medico o chirurgico (dopo TC dubbia o insufficiente)
 - Ipertensione endocranica con TC non diagnostica
 - Sospetta sindrome demielinizzante acuta (1° diagnosi) con TC non diagnostica
 - Sospetta encefalite
 - Ittero ostruttivo accertato (eco o TC)

- **PRIORITA' C**
 - Sintomi neurologici di sospetta natura ischemica con TC negativa
 - Sintomi riferibili a patologia non compressiva della fossa cranica posteriore
 - Paziente con sindrome demielinizzante encefalica o midollare nota in fase di riacutizzazione
 - Cefalea, vertigini o altri sintomi con segni focali neurologici e TC non diagnostica
 - Sindrome radicolare con deficit neurologico associato



- Sintomatologia algica invalidante rachidea da sottoporre con urgenza a terapia antalgica
 - Valutazione di neoplasie per cui non si prevede un urgente trattamento medico o chirurgico (TC dubbia o insufficiente)
 - Patologia osteoarticolare traumatica da sottoporre urgentemente a trattamento chirurgico
- **PRIORITA' D**
 - Tutti i quesiti che non rientrano nelle priorità A, B e C
 - **CONTROLLI**
 - Controlli programmati di patologia cronica a clinica stabile

- 1) Le **PRIORITA' A** devono essere consegnati direttamente al Medico Radiologo di sala e verranno eseguiti immediatamente
- 2) Le **PRIORITA' B**, consegnati al Medico Radiologo di sala, verranno eseguiti nello spazio di 48 h.
- 3) Le restanti richieste (**PRIORITA' C e D e CONTROLLI**) saranno consegnate al Medico Radiologo di sala e successivamente saranno comunicati al reparto la data ed orario dell'appuntamento.
- 4) Le priorità sopra menzionate, pur mantenendo la loro sostanziale validità, possono in casi del tutto eccezionali, previa congrua motivazione, essere riconsiderate qualora i tempi di attesa non corrispondano alla corretta gestione del Paziente e discusse tra Clinico richiedente e Radiologo.
- 5) Si ricorda che il numero dei segmenti richiesti per ciascun paziente **CONDIZIONA PESANTEMENTE** il tempo di esame e quindi di occupazione dell'apparecchiatura RM, pertanto si raccomanda di **LIMITARE** il più possibile il numero di segmenti richiesti per restringere il più possibile i tempi di attesa per altri Pazienti.
- 6) Insieme ai moduli di prenotazione dovranno essere allegati anche il **QUESTIONARIO** e il nuovo modulo di **CONSENSO INFORMATO** (allegato alla presente) debitamente compilati e firmati.

Il Direttore U.O.C. Diagnosi per Immagini
Rieti/Amatrice

Dr. Roberto Tempesta



Modulo di Prenotazione Pazienti Interni RM

ESAME RICHIESTO:	REPARTO DI DEGENZA:
<i>Data della richiesta:</i>	<i>Data di arrivo in RM:</i>

Paziente
(Cognome e Nome):

Data di nascita:

Indirizzo:

Telefono:

Comune:

Provincia:

QUESITO DIAGNOSTICO

Priorità

A

Da eseguire
immediatamente

B

entro le
48 ore

C

D

CONTROLLO

DATI CLINICO - ANAMNESTICI UTILI:

Caro collega, affinché l'accuratezza diagnostica e l'efficacia dell'indagine richiesta siano quanto più elevata possibile, è necessario che siano noti al radiologo i dati clinici del paziente. In particolare, questo riguarda l'essere a conoscenza dei precedenti anamnestici, della sintomatologia clinica e del preciso sospetto clinico che si intende dirimere. Pertanto, la compilazione dettagliata del presente modulo è necessaria e costituisce un atto fondamentale di rispetto delle aspettative diagnostiche e terapeutiche del paziente.

MEDICO RICHIEDENTE e REPARTO (timbro e firma leggibile): _____

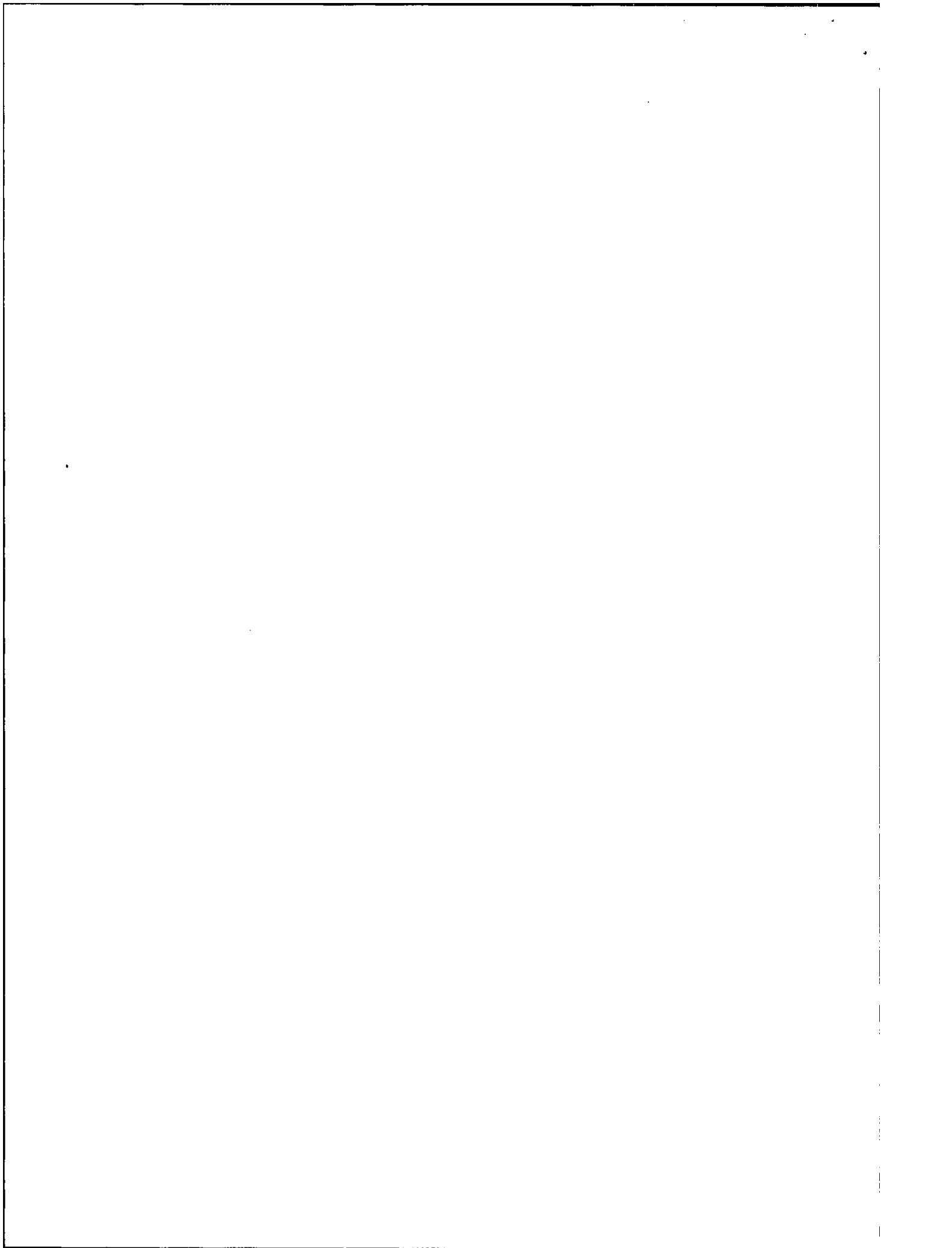
Informazioni necessarie all'esecuzione degli esami:

- 1 Il paziente dovrà presentarsi senza lenti a contatto e cosmetici sul volto. Togliere orologi, carte magnetiche, telefonini, apparecchi acustici e tutti gli oggetti metallici come orecchini, braccialetti, anelli ecc.
- 2 presentare il questionario ed il consenso informato.

Il paziente in dimissione protetta dovrà presentarsi almeno quindici minuti prima con eventuali esami personali precedenti concernenti la patologia o l'area anatomica in esame (TAC, RMN, ECOGRAFIE e RADIOGRAFIE).

Se l'esame può prevedere il completamento con mezzo di contrasto:

- 1 Osservare digiuno per almeno 4 ore prima dell'esame.
- 2 Essere in possesso dell'esame di creatininemia (non antecedente ai 3 mesi dalla data di esame).



CONSENSO INFORMATO

Gentile paziente, l'indagine diagnostica richiesta prevede l'impiego di un campo magnetico statico e di onde di radiofrequenza analoghe a quelle emesse da radio, TV, telefoni cellulari, e, a volte, di un mezzo di contrasto paramagnetico per via endovenosa che rende possibile una migliore definizione delle strutture anatomiche e della patologia. Le reazioni avverse legate all'utilizzo del mezzo di contrasto si presentano in meno dell'1% dei casi e sono spesso localizzate nel punto di iniezione (senso di calore). Rare sono le reazioni medio - gravi (0,05%) e quasi sempre di natura allergica: la preghiamo comunque di segnalare al medico radiologo le patologie di cui è portatore ed in particolare quelle allergiche.

- L'esame non è doloroso né fastidioso e non prevede manovre invasive.
- Durante l'esame si sentono rumori ritmici che dipendono dal normale funzionamento dell'apparecchiatura.
- È importante l'assoluta immobilità durante l'esame al fine di ottenere immagini di qualità.

Se le informazioni riportate in questo foglio, necessariamente limitate e succinte, Le risultassero poco comprensibili o se avesse dubbi in proposito, si rivolga con fiducia al personale del servizio, che Le fornirà ogni possibile ulteriore chiarimento.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO

La/Il sottoscritto/a

informato in modo chiaro e completo

- Sul tipo di indagine diagnostica da eseguire.
- Sulla modalità di esecuzione dell'indagine e sulla tipologia degli strumenti utilizzati.
- Sui possibili rischi legati alla eventuale iniezione per via endovenosa di mezzi di contrasto paramagnetici.
- Sulla possibilità/impossibilità di effettuare indagini alternative di pari efficacia.
- Sui possibili rischi relativi e di eventuali danni per la salute e per la vita.
- Sugli inconvenienti conseguenti alla mancata esecuzione dell'indagine, per l'insufficienza dei dati raccolti al fine di raggiungere una diagnosi esaustiva.
- Sul parere del medico e che l'indagine proposta è quella che offre il miglior rapporto rischio/beneficio sulla base delle conoscenze attuali.
- Sul fatto che l'indagine possa essere immediatamente sospesa nell'eventuale comparsa di eventi avversi.

Dichiara quanto segue:

- ACCETTA L'INDAGINE PROPOSTA ED APPONENDO LA PROPRIA FIRMA DA' IL PROPRIO RESPONSABILE CONSENSO ALLO SVOLGIMENTO DELLA STESSA E ALL'USO DEL MEZZO DI CONTRASTO.
- ACCETTA L'INDAGINE PROPOSTA ED APPONENDO LA PROPRIA FIRMA DA' IL PROPRIO RESPONSABILE CONSENSO ALLO SVOLGIMENTO DELLA STESSA, MA RIFIUTA L'USO DEL MEZZO DI CONTRASTO.

DATA

Nome e Cognome
Del paziente

(in caso di minore)
Nome e Cognome
di chi ne ha la facoltà

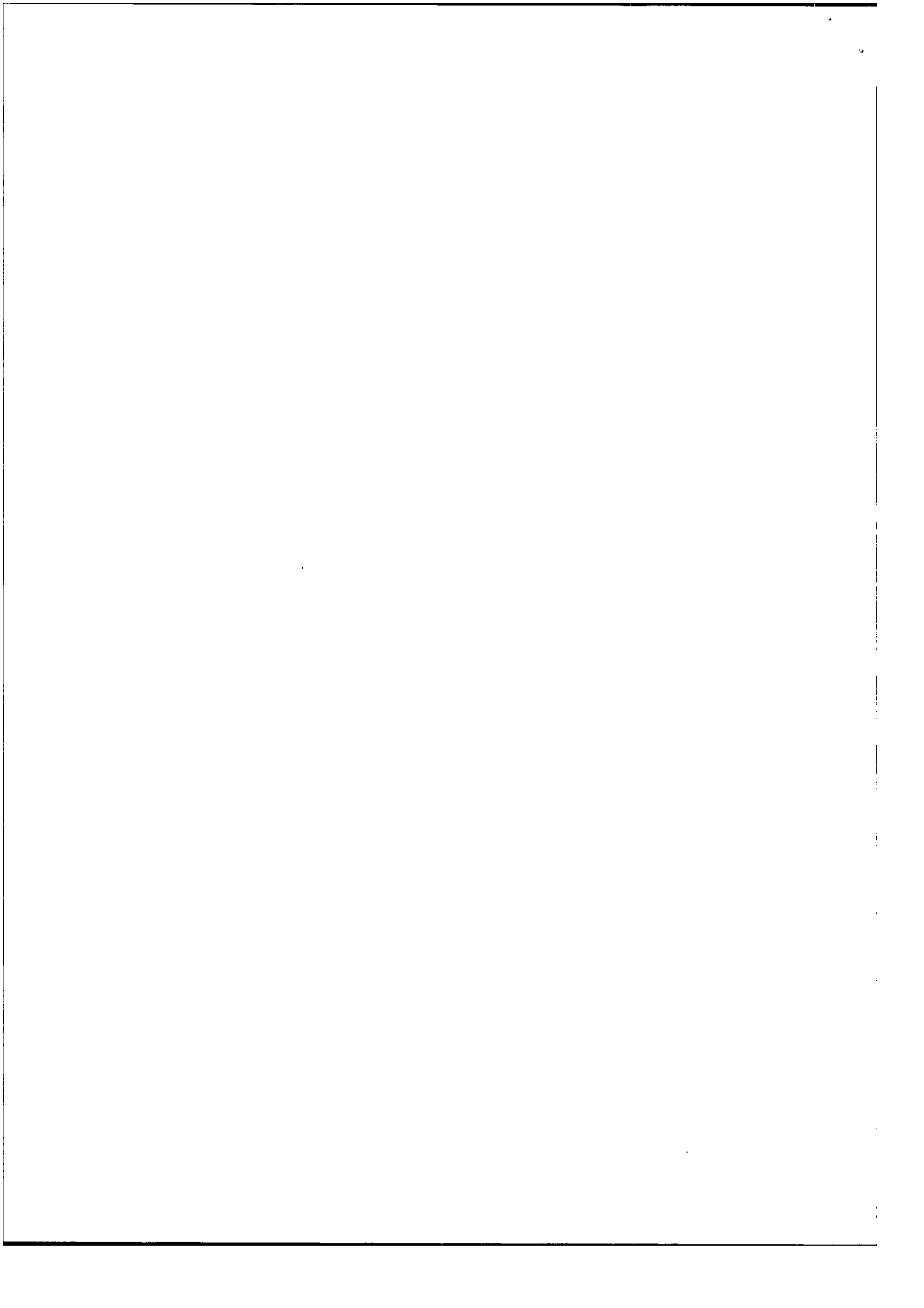
Firma del paziente

Firma di chi ne ha la facoltà

N.B. Se il paziente è minore di 18 anni il consenso deve essere rilasciato da un genitore o da una persona esercitante la potestà.

Mod.

rev del 27.11.2007
Consenso informato rm doc



ALL. ①

ASL RIETI
OGP SAN CAMILLO DE LELLIS
0746/2781
U.O.C. Diagnostica per Immagini Rieti/Amatrice
Il Direttore Dr. Roberto Tempesta

Modulo di Prenotazione Pazienti Interni RM

ESAME RICHIESTO:

REPARTO DI DEGENZA:

Data della richiesta:

Data di arrivo in RM:

Paziente
(Cognome e Nome):

Data di nascita:

Indirizzo:

Telefono:

Comune:

Provincia:

QUESITO DIAGNOSTICO

Priorità

A

Da eseguire
immediatamente

B

entro le
48 ore

C

D

CONTROLLO

DATI CLINICO - ANAMNESTICI UTILI:

Caro collega, affinché l'accuratezza diagnostica e l'efficacia dell'indagine richiesta siano quanto più elevata possibile, è necessario che siano noti al radiologo i dati clinici del paziente. In particolare, questo riguarda l'essere a conoscenza dei precedenti anamnestici, della sintomatologia clinica e del preciso sospetto clinico che si intende dirimere. Pertanto, la compilazione dettagliata del presente modulo è necessaria e costituisce un atto fondamentale di rispetto delle aspettative diagnostiche e terapeutiche del paziente.

MEDICO RICHIEDENTE e REPARTO (timbro e firma leggibile):

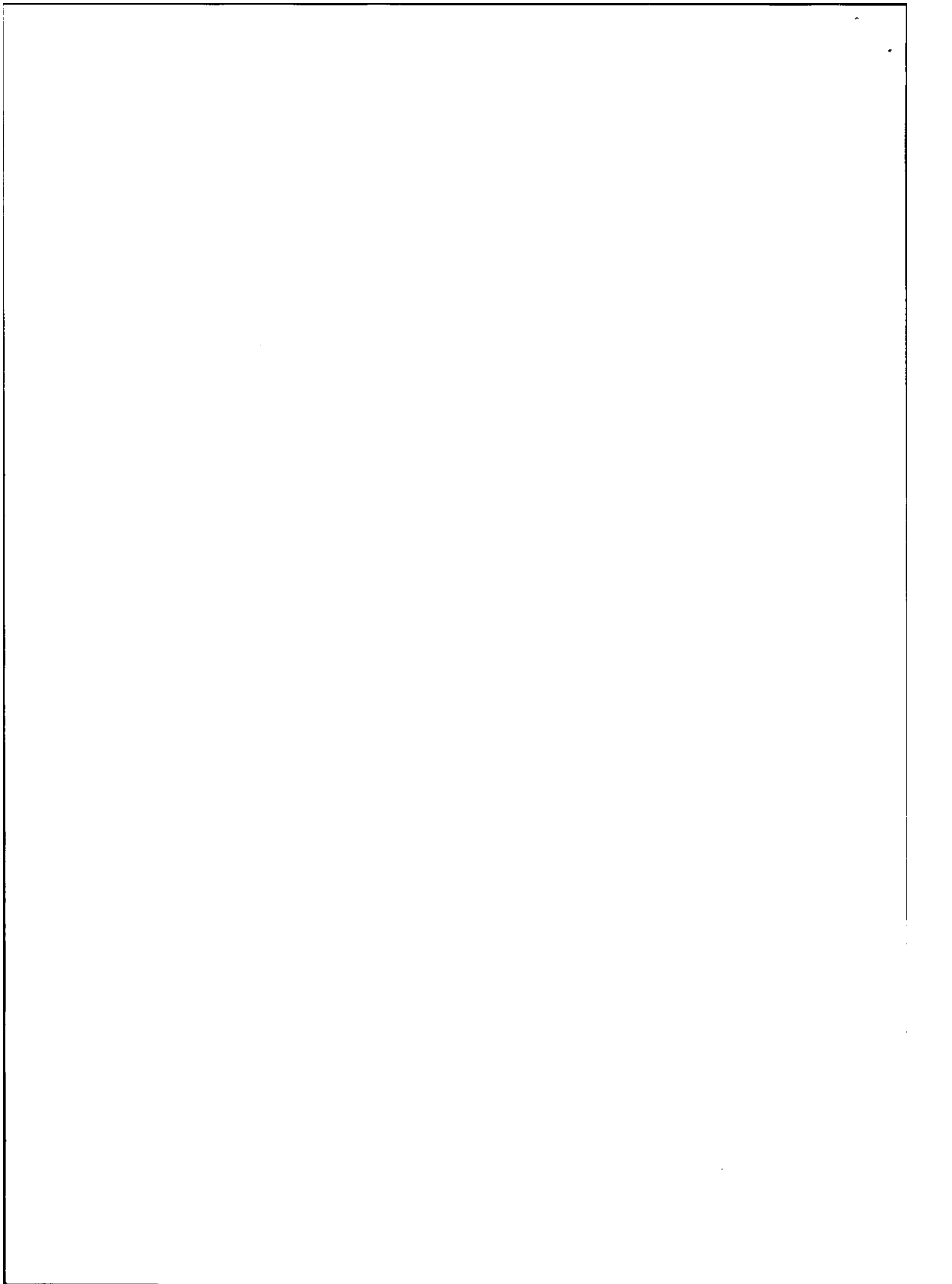
Informazioni necessarie all'esecuzione degli esami:

- 1 Il paziente dovrà presentarsi senza lenti a contatto e cosmetici sul volto. Togliere orologi, carte magnetiche, telefonini, apparecchi acustici e tutti gli oggetti metallici come orecchini, braccialetti, anelli ecc.
- 2 presentare il questionario ed il consenso informato.

Il paziente in dimissione protetta dovrà presentarsi almeno quindici minuti prima con eventuali esami personali precedenti concernenti la patologia o l'area anatomica in esame (TAC, RMN, ECOGRAFIE e RADIOGRAFIE).

Se l'esame può prevedere il completamento con mezzo di contrasto:

- 1 Osservare digiuno per almeno 4 ore prima dell'esame.
- 2 Essere in possesso dell'esame di creatininemia (non antecedente ai 3 mesi dalla data di esame).



CONSENSO INFORMATO

Gentile paziente, l'indagine diagnostica richiesta prevede l'impiego di un campo magnetico statico e di onde di radiofrequenza analoghe a quelle emesse da radio, TV, telefoni cellulari, e, a volte, di un mezzo di contrasto paramagnetico per via endovenosa che rende possibile una migliore definizione delle strutture anatomiche e della patologia. Le reazioni avverse legate all'utilizzo del mezzo di contrasto si presentano in meno dell'1% dei casi e sono spesso localizzate nel punto di iniezione (senso di calore). Rare sono le reazioni medio - gravi (0,05%) e quasi sempre di natura allergica: la preghiamo comunque di segnalare al medico radiologo le patologie di cui è portatore ed in particolare quelle allergiche.

- L'esame non è doloroso né fastidioso e non prevede manovre invasive.
- Durante l'esame si sentono rumori ritmici che dipendono dal normale funzionamento dell'apparecchiatura.
- È importante l'assoluta immobilità durante l'esame al fine di ottenere immagini di qualità.

Se le informazioni riportate in questo foglio, necessariamente limitate e succinte, Le risultassero poco comprensibili o se avesse dubbi in proposito, si rivolga con fiducia al personale del servizio, che Le fornirà ogni possibile ulteriore chiarimento.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO

La/Il sottoscritto/a

informato in modo chiaro e completo

- Sul tipo di indagine diagnostica da eseguire.
- Sulla modalità di esecuzione dell'indagine e sulla tipologia degli strumenti utilizzati.
- Sui possibili rischi legati alla eventuale iniezione per via endovenosa di mezzi di contrasto paramagnetici.
- Sulla possibilità/impossibilità di effettuare indagini alternative di pari efficacia.
- Sui possibili rischi relativi e di eventuali danni per la salute e per la vita.
- Sugli inconvenienti conseguenti alla mancata esecuzione dell'indagine, per l'insufficienza dei dati raccolti al fine di raggiungere una diagnosi esaustiva.
- Sul parere del medico e che l'indagine proposta è quella che offre il miglior rapporto rischio/beneficio sulla base delle conoscenze attuali.
- Sul fatto che l'indagine possa essere immediatamente sospesa nell'eventuale comparsa di eventi avversi.

Dichiara quanto segue:

- ACCETTA L'INDAGINE PROPOSTA ED APPONENDO LA PROPRIA FIRMA DA' IL PROPRIO RESPONSABILE CONSENSO ALLO SVOLGIMENTO DELLA STESSA E ALL'USO DEL MEZZO DI CONTRASTO.
- ACCETTA L'INDAGINE PROPOSTA ED APPONENDO LA PROPRIA FIRMA DA' IL PROPRIO RESPONSABILE CONSENSO ALLO SVOLGIMENTO DELLA STESSA, MA RIFIUTA L'USO DEL MEZZO DI CONTRASTO.

DATA

Nome e Cognome
Del paziente

(in caso di minore)
Nome e Cognome
di chi ne ha la facolta'

.....
Firma del paziente

.....
Firma di chi ne ha la facolta'

N.B. Se il paziente è minore di 18 anni il consenso deve essere rilasciato da un genitore o da una persona esercitante la potestà.

