

Cognome _____ Nome _____ Nato il _____

Residente in _____ Via _____ Tel. _____

Gentile Sig.r/ra, l'esame viene effettuato utilizzando un campo magnetico a onde radio, per cui è esente da rischi di radiazioni ionizzanti e non doloroso. Lei dovrà mantenere per un certo tempo l'assoluta immobilità per consentire l'acquisizione di informazioni diagnostiche della migliore qualità.

ATTENZIONE: non può essere sottoposto a questo esame se è portatore di PACE-MAKER.

Al fine di valutare l'eventuale presenza di controindicazioni all'esecuzione dell'esame La preghiamo di compilare il seguente questionario in ogni sua parte.

Ha già eseguito RM ? SI NO
Se sì, a quale distretto corporeo ? _____

Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere o qualsiasi lavoro che comporti la possibilità di schegge metalliche? SI NO

Ha mai subito incidenti stradali, di caccia, da esplosione? SI NO

È portatore di :

- Schegge o frammenti metallici? SI NO
- Clips su aneurismi aorta-cervello? SI NO
- Valvole cardiache ? SI NO
- Distrattori della colonna vertebrale? SI NO
- Pompa di infusione per insulina o altri farmaci? SI NO
- Pace-Maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci? SI NO
- Corpi metallici nelle orecchie o impianti per udito? SI NO
- Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali? SI NO
- Corpi intrauterini (spirale anticoncezionale)? SI NO
- Derivazione spinale o ventricolare? SI NO
- Protesi metalliche(per fratture, interventi correttivi etc), viti, chiodi etc? SI NO
- Protesi del cristallino? SI NO
- Piercing? SI NO

Ritiene di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo Di cui potrebbe NON essere a conoscenza? SI NO

Per donne in età fertile:

- Potrebbe essere incinta? SI NO
- Sta allattando? SI NO

Per effettuare l'esame occorre togliere fermagli per capelli, mollette, occhiali, gioielli, orologi, carte di credito o altre schede magnetiche, coltelli tascabili, fermasoldi, monete, chiavi, telefoni cellulari, ganci automatici, bottoni metallici, spille, vestiti con lampo e altri eventuali oggetti metallici.

La preghiamo di firmare questo modulo a conferma di essere stato informato dal personale medico dell'importanza di questo esame e della necessità di osservare alcune precauzioni indicate in questo modulo e a conferma di averlo letto attentamente e compilato e come sua dichiarazione di consenso all'effettuazione dell'esame .

Data.....

Firma del medico responsabile

Firma del paziente (o di chi ne fa le veci)
