

QUESTIONARIO PER I PAZIENTI

Cognome Nome

Data e luogo di nascita Peso (Kg)

Residenza Recapito Tel.

Indagine richiesta

Medico richiedente l'esame RM

Il "Questionario Anamnestico" ha lo scopo di accertare l'assenza di controindicazioni all'esame RM. Tale questionario deve essere attentamente compilato da ogni paziente prima di essere sottoposto all'esame RM e firmato dal Medico Responsabile dell'esame. Risposte affermative ad uno o più quesiti possono comportare controindicazione anche assoluta all'esecuzione dell'esame RM.

Si riportano di seguito i contenuti minimi

- Ha eseguito in precedenza esami RM ? Si No
- Soffre di claustrofobia ? Si No
- Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere ?, Si No
- Ha mai subito incidenti stradali, incidenti di caccia ? Si No
- È stato vittima di traumi da esplosioni ? Si No
- È in stato di gravidanza ? Si No Ultime mestruazioni avvenute:
- Ha subito interventi chirurgici su

testa	addome	collo
estremità	torace	altro
- È portatore di:

o Pace-Maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci ?	Si	No
o Schegge o frammenti metallici ?	Si	No
o Clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello ?	Si	No
o Valvole cardiache ?	Si	No
o Stents ?	Si	No
o Defibrillatori impiantati ?	Si	No
o Distrattori della colonna vertebrale ?	Si	No
o Pompa di infusione per insulina o altri farmaci ?	Si	No
o Corpi metallici nelle orecchie o impianti per udito ?	Si	No
o Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali ?	Si	No
o Altri tipi di stimolatori ?	Si	No
o Corpi intrauterini ?	Si	No
o Derivazione spinale o ventricolare ?	Si	No
o Protesi dentarie fisse o mobili?	Si	No
o Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, etc), viti, chiodi, filo, etc. ?	Si	No
o Altre protesi ?	Si No	Localizzazione

- | | | |
|--|----|----|
| • Ritiene di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe NO esserne a conoscenza? | Si | No |
| • Informazioni supplementari | | |
| • È affetto da anemia falciforme? | Si | No |
| • È portatore di protesi di cristallino? | Si | No |
| • È portatore di piercing? Localizzazione | Si | No |
| • Presenta tatuaggi? Localizzazione | Si | No |
| • Sta utilizzando cerotti medicali? | Si | No |

Informazioni supplementari:

- | | | |
|--------------------------------------|----|----|
| • È affetto da insufficienza renale? | Si | No |
|--------------------------------------|----|----|

Per effettuare l'esame RM occorre togliere:

eventuali lenti a contatto - apparecchi per l'udito - dentiera - corone temporanee mobili – cinta erniaria - fermagli per capelli – calze di nylon – indumenti in tessuto acrilico - mollette - occhiali - gioielli - orologi - carte di credito o altre schede magnetiche - coltelli tascabili - ferma soldi - monete - chiavi - ganci - automatici - bottoni metallici - spille - vestiti con lampo - pinzette metalliche - punti metallici - limette - forbici - altri eventuali oggetti metallici.

Prima di sottoporsi all'esame si prega di asportare cosmetici dal viso.

IL MEDICO RESPONSABILE DELL'ESAME RM

Preso atto delle risposte fornite dal paziente ed espletata l'eventuale visita medica e/o ulteriori indagini diagnostiche preliminari AUTORIZZA l'esecuzione dell'indagine RM

Data..... Firma del Medico Responsabile dell'esame RM.....

Il/la paziente dichiara di aver collaborato nel modo ottimale alla compilazione del questionario anamnestico.

Data Firma del Paziente (*)

(*) = nel caso di paziente di età minore la firma deve essere apposta da uno dei genitori (a meno di esplicito dissenso da parte dell'altro genitore, nel qual caso dovrà essere coinvolto il Giudice Tutelare)

CONSENSO INFORMATO ALL'ESAME RM

Io sottoscritto/a ritengo di essere stato/a sufficientemente informato/a sui rischi e sulle controindicazioni legate all'esposizione ai campi elettromagnetici generati dall'apparecchiatura RM. Pertanto ACCONSENTO all'esecuzione dell'esame

Data Firma del Paziente (*)

(*) = nel caso di paziente di età minore la firma deve essere apposta da uno dei genitori (a meno di esplicito dissenso da parte dell'altro genitore, nel qual caso dovrà essere coinvolto il Giudice Tutelare)