

QUESTIONARIO OBBLIGATORIO PER L'ESECUZIONE DI ESAMI R.M.

Il "questionario anamnestico" ha lo scopo di accertare l'assenza di controindicazioni all'esame e deve essere attentamente compilato e firmato in calce dal Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame che, per le sue valutazioni, si avvale anche delle risposte fornite dal paziente o dal tutore legale (ad esempio in caso di minore). **Portare tutta la documentazione relativa agli interventi eseguiti (documentazione clinica e radiografica) consegnandola al personale sanitario: le verranno restituite insieme all'esame odierno.**

Data Medico inviante

Cognome Nome C.F.

Data di nascita Peso (Kg) Professioni svolte

SI ☐ NO ☐ Ha febbre?

SI ☐ NO ☐ Ha eseguito in precedenza esami in RM?

SI ☐ NO ☐ Soffre di claustrofobia?

SI ☐ NO ☐ Ha mai lavorato o lavora come saldatore, tornitore, fabbro, carrozziere, meccanico, ecc...?

SI ☐ NO ☐ Ha mai subito incidenti stradali, incidenti di caccia?

SI ☐ NO ☐ È stato vittima di traumi da esplosione?

SI ☐ NO ☐ È in stato di gravidanza certa o presunta?

SI ☐ NO ☐ Allattamento?

SI ☐ NO ☐ Ultime mestruazioni avvenute (in data)

SI ☐ NO ☐ È affetto da anemia falciforme?

SI ☐ NO ☐ Ha subito interventi chirurgici?

Testa ☐ Addome ☐ Collo ☐ Estremità ☐ Torace ☐ Occhi ☐ Altro ☐

SI ☐ NO ☐ È a conoscenza di avere uno o più dispositivi medici o corpi metallici all'interno del corpo?

È portatore di:

SI ☐ NO ☐ Pace-maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci?

Dispositivi Cardiaci ☐ Stents ☐ Defibrillatori Impiantati ☐ Valvole Cardiache? ☐

SI ☐ NO ☐ Clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello?

SI ☐ NO ☐ Distrattori della colonna vertebrale?

SI ☐ NO ☐ Pompa per infusioni per insulina o altri farmaci?

SI ☐ NO ☐ Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali?

SI ☐ NO ☐ Altri tipi di stimolatori? Quali?

SI ☐ NO ☐ Dispositivo intrauterino (es. IUD, Spirale)?

SI ☐ NO ☐ Derivazione spinale o ventricolare?

SI ☐ NO ☐ Protesi dentarie fisse o mobili?

SI ☐ NO ☐ Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, ecc.), viti, chiodi, fili ecc?

SI ☐ NO ☐ Altre protesi (es. Silicone)? Localizzazione

SI ☐ NO ☐ Schegge o frammenti metallici? Piercing? Tatuaggi eseguiti negli ultimi 6 mesi? Localizzazione

SI ☐ NO ☐ Corpi metallici nelle orecchie o impianti per l'udito?

SI ☐ NO ☐ Protesi del cristallino?

SI ☐ NO ☐ Cerotti medicali?

PER EFFETTUARE L'ESAME OCCORRE TOGLIERE:

Eventuali lenti a contatto, apparecchi per l'udito, dentiera, corone temporanee mobili, cinta erniaria, fermagli per capelli, 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 o graffette da tintoria, limette, forbici e altri eventuali oggetti metallici, ecc.

Si raccomanda di evitare di truccarsi il viso e di utilizzare la lacca per capelli poiché possono creare artefatti che riducono la qualità dell'immagine.

Durante tutto l'esame è necessario mantenere il massimo grado di immobilità respirando regolarmente.

Non è necessario interrompere eventuali terapie farmacologiche in corso (es. per ipertensione o diabete).

IL MEDICO RESPONSABILE DELL'ESAME RM

Preso atto delle risposte fornite dal paziente, raccolte da
ed espletata l'eventuale visita medica e/o ulteriori indagini diagnostiche preliminari

AUTORIZZA L'ESECUZIONE DELL'INDAGINE RM

Firma del Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame RM

Data

.....

.....

CONSENSO INFORMATO del paziente all'esecuzione dell'indagine RM

IL PAZIENTE

Ritiene di essere stato sufficientemente informato sui rischi e sulle controindicazioni legate all'esposizione ai campi elettromagnetici generati dall'apparecchiatura RM. Pertanto, consapevole dell'importanza delle risposte fornite, acconsente l'esecuzione dell'esame.

Firma del Paziente (*)

Data

.....

.....

(*) in caso di paziente minorenne è necessaria la firma di un genitore o di chi ne fa le veci.

.....