

QUESTIONARIO PRELIMINARE PER L'ESECUZIONE DELL'ESAME CON RISONANZA MAGNETICA

Cognome Nome..... Data di nascita.....

Indirizzo

Peso (kg) Altezza (metri)

- | | | |
|---|------|------|
| 1. Ha eseguito in precedenza esame RM | [si] | [no] |
| 2. Ha avuto reazioni allergiche dopo mezzo di contrasto RM | [si] | [no] |
| 3. Soffre di claustrofobia | [si] | [no] |
| 4. È in stato di gravidanza | [si] | [no] |
| se si in quale settimana _____ | | |
| 5. È affetto da anemia falciforme | [si] | [no] |
| 6. Ha lavorato (o lavora) in ambienti in cui vi potevano (o possono) essere presenti schegge metalliche (come tornitore, saldatore, carrozziere, ecc) | [si] | [no] |
| Se si quale lavoro _____ | | |
| 5. Ha subito infortuni sul lavoro con infissione di schegge | | |
| Metalliche nel proprio organismo | [si] | [no] |
| Se si in quale distretto anatomico _____ | | |
| 6. Ha subito interventi chirurgici | [si] | [no] |
| Se si dove | | |
| -Testa _____ | | |
| -Collo _____ | | |
| -Torace _____ | | |
| -Addome _____ | | |
| -Estremità _____ | | |
| -Altro _____ | | |
| 7. È portatore di | | |
| -Pace-maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci | [si] | [no] |
| -Pompe di infusione per insulina o per altri farmaci | [si] | [no] |
| -Lenti a contatto | [si] | [no] |
| -Protesi intraoculare del cristallino | [si] | [no] |
| 8. Nel corpo sono presenti tatuaggi | [si] | [no] |
| 9. Nel corpo sono presenti elementi metallici come | | |
| -Schegge o frammenti trattenuti in seguito a incidente stradale, sulla neve, cadute, ecc [si] | [no] | |
| -Schegge o frammenti trattenuti in seguito a incidente di caccia, esplosioni, ecc | [si] | [no] |
| -Graffette o clips da suture chirurgiche o altro | [si] | [no] |
| -Protesi acustiche | [si] | [no] |
| -Protesi dentarie mobili | [si] | [no] |
| -Spirali, ecc | [si] | [no] |
| -Piercing, ecc | [si] | [no] |
| -Altri tipi di protesi metalliche | [si] | [no] |
| Se si quali _____ | | |

Il sottoscritto/a, preso atto che risposte affermative ad almeno uno dei precedenti quesiti possono comportare controindicazione anche assoluta all'accesso alla sala magnetica e alla zona ad accesso controllato del sito RM, si impegna a comunicare tempestivamente per iscritto al medico Responsabile dell'impianto RM qualunque variazione in merito a quanto riportato nel presente modulo.

Data _____

Firma _____

**QUESTIONARIO PRELIMINARE PER L'ESECUZIONE
DELL'ESAME CON RISONANZA MAGNETICA**

Per effettuare l'esame il paziente deve:

1. Asportare eventuale trucco dal volto.
2. Togliere e lasciare nello spogliatoio tutti gli oggetti metallici che ha con se (fermagli per capelli, forcine, mollette, occhiali, orologio, chiavi, monete, orecchini, spille, gioielli, piercing, ecc), tesserini magnetici e carte di credito, cellulari.
3. Togliere eventuali apparecchi per udito e dentiere, busto o ventriera con stecche metalliche.
4. Togliere le lenti a contatto.
5. Cambiarsi d'abito ed indossare solamente il camice ospedaliero a disposizione nello spogliatoio.

GIUDIZIO DI IDONEITA' ALL'ESAME RMN

Timbro e Firma del Medico
Conduttore dell'esame RM

Il sottoscritto _____

Dichiara di essere stato esaurientemente edotto sulle finalità e sulle modalità di svolgimento dell'esame di Risonanza Magnetica.

Autorizza l'espletamento dell'esame RMN eventualmente anche con somministrazione di mezzo di contrasto paramagnetico per via endovenosa.

Rovigo, _____

Firma del paziente
(se maggiorenne)

Firma del Genitore o del Tutore
(per i minori e interdetti)

Timbro e Firma del medico
Conduttore dell'esame RM

Secondo indicazione operative ISPESEL2003