

La verifica anamnestica ha lo scopo di accertare l'assenza di controindicazioni all'esposizione ai rischi legati ai campi elettromagnetici intensi presenti nelle **ZONE CONTROLLATE** all'interno del **SITO RM**. Tale questionario deve essere attentamente compilato e firmato in calce dal **MEDICO RADIOLOGO RESPONSABILE DELLA SICUREZZA CLINICA E DELL'EFFICACIA DIAGNOSTICA DELL'APPARECCHIATURA RM** o da altro medico delegato, il quale, in relazione alle risposte fornite, è tenuto a valutare se sussistono controindicazioni all'accesso.

Il/La sottoscritto/a

Nato/a a..... **il**

Indicare se visitatore, accompagnatore o altro

Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore o carroziere? SÌ NO

Ha mai subito incidenti stradali, incidenti di caccia? SÌ NO

è mai stato vittima di esplosioni? SÌ NO

Ha mai subito interventi chirurgici su:

testa collo

addome estremità

torace altro:

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

È portatore di pace-maker cardiaco o di altri tipi di cateteri cardiaci? SÌ NO

È portatore di schegge o frammenti metallici? SÌ NO

È portatore di Clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello? SÌ NO

Valvole cardiache? SÌ NO

Stents? SÌ NO

Defibrillatori impiantati? SÌ NO

Distrattori della colonna vertebrale? SÌ NO

Pompe di infusione per insulina o altri farmaci? SÌ NO

Corpi metallici nelle orecchie o impianti per udito? SÌ NO

Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali? SÌ NO

Altri tipi di stimolatori? SÌ NO

Corpi intrauterini? SÌ NO

Derivazione spinale o ventricolare? SÌ NO

Protesi fisse o mobili? SÌ NO

Protesi metalliche (per pregresse fratture interventi correttivi articolari, ecc.) viti, chiodi, filo, ecc.? SÌ NO

Altre protesi? SÌ NO

Localizzazione

Ritiene di avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe non essere a conoscenza? SÌ NO

È portatore di protesi al cristallino? SÌ NO

È portatore di piercing? SÌ NO

Localizzazione.....

Sta utilizzando cerotti medicali? SÌ NO

Informazioni supplementari

Per accedere alla ZONA CONTROLLATA occorre rimuovere:

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 - calze di nylon – indumenti in acrilico - pinzette metalliche - punti metallici - limette - forbici - altri eventuali oggetti metallici.

All'interno della ZONA CONTROLLATA non possono essere portati oggetti o dispositivi elettrici se non espressamente autorizzati dal personale presente nel sito RM deputato all'accompagnamento del soggetto durante la sua presenza. Il tempo di permanenza all'interno delle zone di rischio deve essere limitato allo stretto necessario per compiere le attività per le quali ne è stato consentito l'accesso e comunque nelle massime condizioni di ottimizzazione della sua sicurezza.

IL MEDICO RADIOLOGO RESPONSABILE DELLA SICUREZZA CLINICA E DELL'EFFICACIA DIAGNOSTICA DELL'APPARECCHIATURA RM o suo delegato preso atto delle risposte fornite dal soggetto ed espletate tutti gli accertamenti del caso autorizza l'accesso al sito RM

Firma del MEDICO RADIOLOGO RESPONSABILE DELLA SICUREZZA CLINICA E DELL'EFFICACIA DIAGNOSTICA DELL'APPARECCHIATURA RM o suo delegato

Firma

Data

.....

.....

CONSENSO INFORMATO

Il soggetto deputato all'accesso ritiene di essere stato sufficientemente informato sui rischi e sulle controindicazioni legate all'esposizione ai campi elettromagnetici generati dall'apparecchiatura RM. Pertanto, cosciente dell'importanza delle risposte fornite, accede al sito RM consapevole dei rischi presenti.

Firma del soggetto deputato all'accesso

Data

.....

.....