

COGNOME _____ **NOME** _____

DATA E LUOGO DI NASCITA _____

(Indicare se visitatore, accompagnatore o altro _____

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 RESPONSABILE DELLA SICUREZZA CLINICA E DELL'EFFICACIA DIAGNOSTICA DELL'APPARECCHIATURA RM** o da un altro medico delegato, il quale, in relazione alle risposte fornite, è tenuto a valutare se sussistono controindicazioni all'accesso.

Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	Corpi metallici nelle orecchie o impianti per udito?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Ha mai subito incidenti stradali, incidenti di caccia?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
È mai stato vittima di esplosioni?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	Altri tipi di stimolatori?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Ha mai subito interventi chirurgici su:			Corpi intrauterini?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Testa			Derivazione spinale o ventricolare?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Collo			Protesi dentarie fisse o mobili?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Addome			Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi, articolari, ecc.), viti, chiodi, filo, ecc.?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Estremità			Altre protesi?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Torace			Localizzazione		
altro:			Ritiene di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe NON esserne a conoscenza?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
È a conoscenza di avere uno o più dispositivi medici o corpi metallici all'interno del corpo?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	Informazioni supplementari		
È portatore di pace-maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	È affetto da anemia falciforme?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
È portatore di schegge o frammenti metallici?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	È portatore di protesi al cristallino?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
È portatore di Clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	È portatore di piercing?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Valvole cardiache?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	Localizzazione		
Stents?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	Sta utilizzando cerotti medicali?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Defibrillatori impiantati?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO			
Distrattori della colonna vertebrale?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO			
Pompa di infusione per insulina o altri farmaci?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO			

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 RESPONSABILE DELLA SICUREZZA CLINICA E DELL'EFFICACIA DIAGNOSTICA DELL'APPARECCHIATURA RM

o suo delegato preso atto delle risposte del soggetto ed espletate tutti gli accertamenti del caso autorizza l'accesso al sito RM

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

Firma del Medico

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 consapevole dei rischi presenti.

Firma del soggetto deputato all'accesso

Data

.....

.....