

QUESTIONARIO ANAMNESTICO ESAME RM

Cognome e Nome e data di nascita del Paziente

Si raccomanda di depositare nello spogliatoio e/o negli appositi armadietti (muniti di serratura con chiave amagnetica) ogni oggetto metallico, ferromagnetico o con supporto magnetico (ad esempio: telefoni cellulari; monete; orologi; chiavi; orecchini; spille; gioielli; fermagli per capelli; tessere magnetiche; carte di credito); togliere eventuali protesi dentarie mobili, apparecchi per l'udito, lenti a contatto o occhiali

Ha eseguito in precedenza esami RM?	SI	NO
Soffre di claustrofobia?	SI	NO
Ha mai lavorato o lavora come saldatore, tornitore o carrozziere?	SI	NO
Ha mai subito incidenti stradali o di caccia?	SI	NO
E' stato vittima di traumi da esplosioni?	SI	NO
E' in stato di gravidanza certa o presunta?	SI	NO
Ha mai avuto reazioni allergiche dopo iniezione di mezzo di contrasto?	SI	NO
Soffre di allergie?	SI	NO
Soffre di insufficienza renale?	SI	NO
Ha subito interventi chirurgici su: Testa _____ Addome _____		
Collo _____ Estremità _____ Torace _____		
Occhi _____ Altro _____	SI	NO
E' portatore di:		
-dispositivi medici o corpi metallici	SI	NO
-Pace- maker cardiaco o altri cateteri cardiaci?	SI	NO
-Schegge o frammenti metallici?	SI	NO
-Clips e stent su aneurismi, vasi sanguigni, aorta?	SI	NO
-Valvole cardiache artificiali?	SI	NO
-Defibrillatori, pompe di infusione, neurostimolatori?	SI	NO
-Corpi metallici nelle orecchie o impianti per l'udito?	SI	NO
-Distrattori della colonna vertebrale?	SI	NO
-Dispositivi intrauterini (IUD)	SI	NO
-Derivazioni spinali o ventricolari?	SI	NO
-Protesi dentarie fisse o mobili?	SI	NO
-Altre protesi metalliche?	SI	NO
-Anemia falciforme	SI	NO
Ritiene di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui non potrebbe essere a conoscenza?	SI	NO
Portatore di protesi del cristallino?	SI	NO
Portatore di piercing?	SI	NO
Portatore di tatuaggi?	SI	NO

**IL MEDICO RADIOLOGO RESPONSABILE DELL'ESAME RM
preso atto delle risposte fornite dal Paziente ed espletata l'eventuale visita medica e /o le
ulteriori indagini diagnostiche preliminari
AUTORIZZA L'ESECUZIONE DELL'INDAGINE RM**

Firma del Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame RM

Data

**CONSENSO INFORMATO CONDIVISO E LIBERAMENTE ESPRESSO DAL PAZIENTE
PER L'ESECUZIONE DELL'INDAGINE DI RISONANZA MAGNETICA**

Dopo aver preso visione delle informazioni relative all'esame RM riportate nell'informativa, valutate le informazioni ricevute ed i chiarimenti che mi sono stati forniti, ritengo di essere stato sufficientemente informato sui i rischi e sulle controindicazioni e sugli eventuali danni per la salute e per la vita legati all'esposizione a campi elettromagnetici generati dall'apparecchiatura RM.

Pertanto consapevole dell'importanza delle risposte fornite, acconsento all'esecuzione dell'esame.

Data

Firma del Paziente

(o del genitore/tutore nei casi previsti dalla legge)