



**QUESTIONARIO ANAMNESTICO ESAME RM**

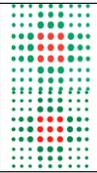
FRONTE pag.1 di 2

Ha eseguito in precedenza esami RM ?	<b>NO</b> <input type="checkbox"/> <b>SI</b> <input type="checkbox"/>
Ha mai avuto reazioni allergiche dopo mezzo di contrasto ?	<b>NO</b> <input type="checkbox"/> <b>SI</b> <input type="checkbox"/>
Soffre di claustrofobia ?	<b>NO</b> <input type="checkbox"/> <b>SI</b> <input type="checkbox"/>
Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere ?	<b>NO</b> <input type="checkbox"/> <b>SI</b> <input type="checkbox"/>
Ha mai subito incidenti stradali, incidenti di caccia ?	<b>NO</b> <input type="checkbox"/> <b>SI</b> <input type="checkbox"/>
E' stato vittima di traumi da esplosioni ?	<b>NO</b> <input type="checkbox"/> <b>SI</b> <input type="checkbox"/>
E' in stato di gravidanza certa o presunta ?	<b>NO</b> <input type="checkbox"/> <b>SI</b> <input type="checkbox"/>
E' portatore di piercing ?	<b>NO</b> <input type="checkbox"/> <b>SI</b> <input type="checkbox"/>
Se <b>SI</b> indicare la localizzazione.....	
Presenta tatuaggi ?	<b>NO</b> <input type="checkbox"/> <b>SI</b> <input type="checkbox"/>
Se <b>SI</b> indicare la localizzazione.....	
Sta utilizzando cerotti medicali ?	<b>NO</b> <input type="checkbox"/> <b>SI</b> <input type="checkbox"/>
E' portatore di dispositivo intrauterino (IUD) ?	<b>NO</b> <input type="checkbox"/> <b>SI</b> <input type="checkbox"/>
E' portatore di protesi dentarie fisse o mobili?	<b>NO</b> <input type="checkbox"/> <b>SI</b> <input type="checkbox"/>

Ha subito interventi chirurgici ?	<b>NO</b> <input type="checkbox"/> <b>SI</b> <input type="checkbox"/>
Se <b>Si</b> , in che regione del corpo ?	
Testa <input type="checkbox"/> Addome <input type="checkbox"/> Collo <input type="checkbox"/> Occhi <input type="checkbox"/>	
Torace <input type="checkbox"/> Estremità <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/>	
E' a conoscenza di avere uno o più dispositivi medici o corpi metallici all'interno del corpo ?	<b>NO</b> <input type="checkbox"/> <b>SI</b> <input type="checkbox"/>
Ritiene di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe NON essere a conoscenza ?	<b>NO</b> <input type="checkbox"/> <b>SI</b> <input type="checkbox"/>
E' portatore di protesi metalliche (per fratture, interventi articolari, etc), viti, chiodi, fili, etc.?	<b>NO</b> <input type="checkbox"/> <b>SI</b> <input type="checkbox"/>
Altre protesi ?	<b>NO</b> <input type="checkbox"/> <b>SI</b> <input type="checkbox"/>
Se <b>SI</b> indicare la localizzazione.....	

**E' portatore di:**

Pace-Maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci ? .....	<b>NO</b> <input type="checkbox"/> <b>SI</b> <input type="checkbox"/>
Schegge o frammenti metallici ? .....	<b>NO</b> <input type="checkbox"/> <b>SI</b> <input type="checkbox"/>
Clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello ?.....	<b>NO</b> <input type="checkbox"/> <b>SI</b> <input type="checkbox"/>
Valvole cardiache ?.....	<b>NO</b> <input type="checkbox"/> <b>SI</b> <input type="checkbox"/>
Stents ? .....	<b>NO</b> <input type="checkbox"/> <b>SI</b> <input type="checkbox"/>
Protesi del cristallino ? .....	<b>NO</b> <input type="checkbox"/> <b>SI</b> <input type="checkbox"/>
Defibrillatori impiantati ? .....	<b>NO</b> <input type="checkbox"/> <b>SI</b> <input type="checkbox"/>
Distrattori della colonna vertebrale ? .....	<b>NO</b> <input type="checkbox"/> <b>SI</b> <input type="checkbox"/>
Pompa di infusione per insulina o altri farmaci ? .....	<b>NO</b> <input type="checkbox"/> <b>SI</b> <input type="checkbox"/>
Corpi metallici nelle orecchie o impianti per udito ? .....	<b>NO</b> <input type="checkbox"/> <b>SI</b> <input type="checkbox"/>
Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali ? .....	<b>NO</b> <input type="checkbox"/> <b>SI</b> <input type="checkbox"/>
Altri tipi di stimolatori ? .....	<b>NO</b> <input type="checkbox"/> <b>SI</b> <input type="checkbox"/>
Derivazione spinale o ventricolare ? .....	<b>NO</b> <input type="checkbox"/> <b>SI</b> <input type="checkbox"/>



**Per effettuare l'esame RM 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 - fermasoldi - monete - chiavi - ganci automatici - bottoni metallici - spille - vestiti con lampo - pinzette metalliche - punti metallici - limette - forbici - altri eventuali oggetti metallici.  
Prima di sottoporsi all'esame si prega di asportare cosmetici dal viso.

Questionario somministrato da (indicare nome e cognome): \_\_\_\_\_

membro dell'EQUIPE RM con qualifica professionale di: \_\_\_\_\_

**IL MEDICO RESPONSABILE DELL'ESAME RM**

Preso atto delle risposte fornite dal paziente 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

Luogo/Data/Ora

**CONSENSO INFORMATO ALL'ESAME RM**

Anche dopo la firma del presente modulo Lei potrà in ogni momento decidere di non effettuare/sospendere l'esame.

**IL PAZIENTE:**.....nato/a a..... il .....

ritiene di essere stato sufficientemente informato/a 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 (\*)

Luogo/Data/Ora

**CONSENSO INFORMATO ALLA SOMMINISTRAZIONE DI MEZZO DI CONTRASTO**

**IL PAZIENTE** si ritiene sufficientemente informato/a sui rischi legati alla somministrazione del mezzo di contrasto. Pertanto, reso edotto dal Medico Responsabile della prestazione diagnostica della valutazione dei benefici diagnostici e dei rischi correlati, ne acconsente la somministrazione.

Firma del paziente (\*)

Luogo/Data/Ora

(\*) In caso di paziente minorenni/sotto tutela è necessaria la firma di chi esercita la potestà genitoriale e/o tutoriale.

RETRO pag. 2 di 2