



QUESTIONARIO ANAMNESTICO ESAME RM

FRONTE pag.1 di 2

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

Ha subito interventi chirurgici ?	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Se Si , 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 ?	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Ritiene di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe NON essere a conoscenza ?	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
E' portatore di protesi metalliche (per fratture, interventi articolari, etc), viti, chiodi, fili, etc.?	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Altre protesi ?	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Se SI indicare la localizzazione.....	

E' portatore di:

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