

***Dati Paziente***

Cognome _____ **Nome** _____

Data e luogo di nascita _____ **Peso Kg.** _____

Risonanza Magnetica del/della _____

QUESTIONARIO ANAMNESTICO

Il “questionario anamnestico” ha lo scopo di accertare l’assenza di controindicazioni all’esame RM. Tale questionario deve essere attentamente compilato da ogni Paziente prima di essere sottoposto all’esame RM e firmato dal Medico Responsabile dell’esame. Risposte affermative ad uno o più quesiti possono comportare controindicazioni anche assolute all’esecuzione dell’esame RM.

- ❖ Ha eseguito in precedenza esami RM?
SI NO
- ❖ Ha avuto reazioni allergiche dopo mezzo di contrasto RM?
SI NO
- ❖ Soffre di claustrofobia?
SI NO
- ❖ Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere?
SI NO
- ❖ Ha mai subito incidenti stradali, incidenti di caccia?
SI NO
- ❖ È stato vittima di traumi da esplosioni? SI
NO

Riservato alle donne in età fertile:

- ❖ È in stato di gravidanza? (Data ultime mestruazioni ____/____/____)
SI NO

- ❖ Ha subito interventi chirurgici su:

testa _____ addome _____

collo _____ estremità _____

torace _____ altro _____



- ❖ È portatore di:
- Pace-maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci?
SI NO
 - Schegge o frammenti metallici?
SI NO
 - Clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello?
SI NO
 - Valvole cardiache?
SI NO
 - Defibrillatori impiantati?
SI NO
 - Stents?
SI NO
 - Distrattori della colonna vertebrale?
SI NO
 - Pompa di infusione per insulina o altri farmaci?
SI NO
 - Corpi metallici nelle orecchie o impianti per l'udito?
SI NO
 - Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali?
SI NO
 - Altri tipi di stimolatori?
SI NO
 - Corpi intrauterini?
SI NO
 - Derivazione spinale o ventricolare?
SI NO
 - Protesi dentarie fisse o mobili?
SI NO
 - Protesi metalliche, viti chiodi, ecc. (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, ecc.)?
SI NO

Se sì dove _____

- ❖ Ritieni di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe non esserne a conoscenza?

SI NO

- ❖ Informazioni supplementari:

- E' affetto da anemia falciforme?
SI NO
- È portatore di protesi del cristallino?
SI NO
- È portatore di piercing?
SI NO

Localizzazione _____



- Presenta tatuaggi?
SI NO
Localizzazione _____

- Sta utilizzando cerotti medicali?
SI NO

Per effettuare l'esame RM occorre togliere:
eventuali lenti a contatto – apparecchi per l'udito – protesi dentaria – corone temporanee e 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 – pinzette metalliche – punti metallici – limette – forbici – altri eventuali oggetti metallici.

Prima di sottoporsi all'esame le gentili pazienti dovranno eliminare il trucco dal viso.

IL MEDICO RESPONSABILE DELL'ESAME RM

Preso atto delle risposte fornite dal Paziente ed espletata l'eventuale visita medica

AUTORIZZA L'ESECUZIONE DELL'INDAGINE RM

Firma del Medico Responsabile dell'esame RM

Data

IL PAZIENTE

Ritiene di essere stato sufficientemente informato sui rischi e sulle controindicazioni all'esposizione ai campi elettromagnetici generati dall'apparecchiatura RM, dichiara di aver collaborato nel modo ottimale alla compilazione del questionario anamnestico, ed acconsente all'esecuzione dell'esame RM.

STUDIO RADIOLOGICO



Firma del Paziente (*)

Data

(*) In caso di Paziente minorenne è necessaria la firma di un genitore o di chi ne fa le veci.