

QUESTIONARIO AMNESTICO ESAME RISONANZA MAGNETICA

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 magnetica) ogni oggetto metallico, ferromagnetico o con supporto magnetico (ad esempio: telefoni cellulari, smartphone, dispositivi tablet, 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
È stato vittima di traumi da esplosioni?	SI	NO
È in stato di gravidanza certa o presunta?	SI	NO
Ha mai avuto reazioni allergiche post iniezione di mezzo di contrasto?	SI	NO
Soffre di allergie?	SI	NO
Soffre di insufficienza renale?	SI	NO
Ha subito interventi chirurgici? Quali?		
È portatore di:		
Dispositivi medici o corpi metallici	SI	NO
Pace – maker cardiaco	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'audio	SI	NO
Distrattori della colonna vertebrale	SI	NO
Dispositivi intrauterini IUD? SE SI, consigliato un controllo ginecologico dopo l'esame	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 corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe non essere a conoscenza?	SI	NO
Portatore di piercing	SI	NO
Portatore di tatuaggi	SI	NO

FIRMA DEL PAZIENTE (o del genitore/tutore nei casi previsti dalla legge) _____

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

Data _____

Firma del medico responsabile dell'esecuzione dell'esame RM

.....

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 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)
