



## QUESTIONARIO PRELIMINARE ALL'ESECUZIONE DELL'ESAME DI RISONANZA MAGNETICA

Dati del paziente: Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ kg Altezza \_\_\_\_\_

Soffre di claustrofobia?		SI	NO
Ha mai lavorato come saldatore, tornitore, carrozziere, etc.?		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?		SI	NO
Data delle ultime mestruazioni		.....	
Ha subito interventi chirurgici su:	Testa	SI	NO
	Collo	SI	NO
	Estremità	SI	NO
	Torace	SI	NO
	Addome	SI	NO
	Altri	SI	NO
E' a conoscenza di avere uno o più dispositivi medici o corpi metallici all'interno del corpo?		SI	NO
E' portatore di:	Schegge o frammenti metallici	SI	NO
	Clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta cervello	SI	NO
	Valvole cardiache	SI	NO
	Stents	SI	NO
	Defibrillatori impiantati	SI	NO
	Distrattori della colonna vertebrale	SI	NO
	Pompa infusione di insulina o di altri farmaci	SI	NO
	Pace-maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci	SI	NO
	Corpi metallici nelle orecchie o impianti per udito	SI	NO
	Neurostimolatori, elettrodi impianti nel cervello o subdurali	SI	NO
	Altri tipi di stimolatori	SI	NO
	Corpi intrauterini *	SI	NO
	Derivazione spinale o ventricolare	SI	NO
	Protesi metalliche (per fratture, interventi articolari) viti, chiodi, filo, etc.	SI	NO
	Altre protesi	SI	NO
	Localizzazione .....		
Ritiene di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe NON esserne a conoscenza?			
Protesi dentarie fisse o mobili		SI	NO
Protesi del cristallino		SI	NO
E' affetto da anemia falciforme		SI	NO

\* Si informa che l'esposizione a campi magnetici e ad onde di radiofrequenza può provocare la perdita di efficacia anticoncezionale del dispositivo intrauterino (IUD): se Lei ne è portatrice, la Sua firma vale come accettazione a sottoporsi ugualmente all'esame in questione.

Si prega di segnalare l'eventuale presenza di:

cerotti medicati	SI	NO	
tatuaggi e piercing	SI	NO	localizzazione: _____
protesi dentali magnetiche	SI	NO	localizzazione: _____

**NB: per effettuare l'esame occorre rimuovere:**

eventuali lenti a contatto, apparecchi per l'udito, dentiera, protesi dentali mobili, cinta erniaria sanitaria, fermagli per capelli, mollette, occhiali, gioielli, orologi, carte di credito e schede magnetiche, coltelli tascabili, fermagli, monete, chiavi, ganci, automatici, bottoni metallici, spille, vestiti con lampo, calze di nylon, indumenti in acrilico, pinzette metalliche, punti metallici, limette, forbici, qualunque tipo di oggetto metallico. Prima di sottoporsi all'esame si prega di asportare cosmetici dal volto.

Questionario somministrato da \_\_\_\_\_  
(Indicare Nome, Cognome e qualifica professionale del membro dell'EQUIPE RM)

Il medico Responsabile dell'esecuzione 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**

Data \_\_\_\_\_ Firma del paziente \_\_\_\_\_ Firma del Medico Radiologo \_\_\_\_\_