

SALUS

MODULO
QUESTIONARIO PRELIMINARE ALL'ESECUZIONE DI RISONANZA MAGNETICA

Dati anagrafici

Nome _____ Cognome _____

Nato/a a _____ (Prov. di _____), il _____

Residente a _____ (Prov. di _____)

in via _____ tel. _____

L'esame di risonanza magnetica si avvale di un campo magnetico e di radiofrequenze (del tipo delle trasmissioni televisive). L'esame non è nocivo per il corpo umano; **per esami in cui è previsto l'utilizzo del mezzo di contrasto per endovena è indispensabile il digiuno (da almeno 3 ore)** ed aver eseguito il dosaggio della creatinina (da non più di 6 mesi).

È comunque necessaria la conoscenza preliminare di alcuni fattori che potrebbero rivelarsi dannosi per la salute del paziente.

La preghiamo pertanto di rispondere ai seguenti requisiti:

Peso (kg) _____ Altezza (cm) _____

Soffre di claustrofobia?	Sì	No	
Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere?	Sì	No	
Ha mai subito incidenti stradali o di caccia?	Sì	No	
È stato vittima di traumi da esplosioni?	Sì	No	
Ha mai subito interventi chirurgici (se Sì, specificare tipo d'intervento, strutture ed anno presso le quali sono stati eseguiti)	Sì	No	
	TIPO	STRUTTURA/OSPEDALE	ANNO
Testa – collo			
Torace			
Addome			
Estremità – altro			
Ha già eseguito Risonanze Magnetiche dopo gli interventi chirurgici subiti?	Sì	No	

È portatore di:

Pace – maker cardiaco o altro tipo di cateteri cardiaci?	Sì	No						
Punti chirurgici metallici in sede vascolare (aorta, cervello) o dispositivi endovascolari ferromagnetici (filtri, stent da meno di 6 settimane).	Sì	No						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">Testa</td> <td style="width: 25%;">Addome</td> <td style="width: 25%;">Collo</td> <td style="width: 25%;">Torace</td> <td style="width: 25%;">Altro</td> </tr> </table>	Testa	Addome	Collo	Torace	Altro			
Testa	Addome	Collo	Torace	Altro				
Data impianto:								
Valvole cardiache? Data impianto:	Sì	No						
Distrattori (protesi) della colonna vertebrale?	Sì	No						
Pompa di infusione per insulina o altri farmaci?	Sì	No						
Corpi metallici nelle orecchie o impianti per udito? Data impianto:	Sì	No						
Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali?	Sì	No						
Catetere spinale o ventricolare (in pazienti affetti da idrocefalo), catetere di Schwan-Ganz?	Sì	No						
Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi articolari correttivi, ecc) viti, chiodi, fili ecc. Eventuale locazione:	Sì	No						

SALUS

MODULO
QUESTIONARIO PRELIMINARE ALL'ESECUZIONE DI RISONANZA MAGNETICA

Protesi dentarie	Fisse? Mobili?	Sì	No	
		Sì	No	
Protesi al cristallino o impianti oculari?		Sì	No	
Schegge o frammenti metallici?		Sì	No	
È affetto da anemia falciforme (anemia mediterranea) con ematocrito elevato?		Sì	No	
È sottoposto a dialisi?		Sì	No	
È affetto da insufficienza renale grave? Se Sì, quale è il valore della Creatininemia?		Sì	No	
È portatore di piercing, tatuaggi, cerotti medicati?		Sì	No	
È portatore di qualche allergia? Se Sì, specificar il tipo:		Sì	No	
Per le donne:				
È in stato di gravidanza?		Sì	No	
Data delle ultime mestruazioni				
È portatore di spirale endouterina (IUD)?		Sì	No	
È in allattamento?		Sì	No	

Prima di eseguire l'esame di Risonanza Magnetica accertarsi di non indossare lenti a contatto, apparecchi per l'udito o protesi dentarie mobili, occhiali, fermacapelli, indumenti di materiale sintetico, oggetti metallici o schede magnetiche.

Indispensabile inoltre asportare cosmetici dal volto.

Il giorno dell'esame si ricorda di portare la documentazione relativa all'indagine in oggetto.

Firma del Medico Radiologo responsabile dell'esame RM

Data ___/___/_____

DICHIARO

di essere stato informato esaurientemente e di esprimere il mio consenso all'effettuazione della RM.

IN FEDE

(firma PAZIENTE) o (ENTRAMBI I GENITORI o TUTORI LEGALI per pazienti minorenni)

Data ___/___/_____

A USO INTERNO

Il paziente è stato indentificato per due volte con diversa modalità.

Firma dell'operatore: _____

Data ___/___/_____