

Dati anagrafici

Nome _____ Cognome _____
 Nato/a a _____ (Prov. di _____), il _____
 Residente a _____ (Prov. di _____)
 in via _____ tel. _____
 Motivo dell'esame _____

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 3 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/caccia/traumi da esplosioni? Sì No
 Ha mai subito interventi chirurgici? Sì No

(se Sì, specificare tipo d'intervento, strutture ed anno presso le quali sono stati eseguiti)

	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
 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. Sì No
 Eventuale locazione:
 Protesi dentarie (fisse o mobili) Sì No

Protesi al cristallino o impianti oculari? Sì No
Schegge o frammenti metallici? Sì No
È affetto da anemia falciforme (anemia mediterranea) Sì No
È sottoposto a dialisi? Sì No
È affetto da insufficienza renale? Sì No
Se Sì, quale è il valore della Creatininemia? _____
È portatore di piercing, tatuaggi, cerotti medicati? Sì No
È portatore di qualche allergia? Sì No
Se Sì, specificar il tipo: _____

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 apparecchi per l'udito, protesi dentarie mobili, occhiali, fermacapelli, indumenti di materiale sintetico, oggetti metallici o schede magnetiche.

Firma del Medico Radiologo responsabile dell'esame RM

Data ___/___/_____

Io sottoscritto Nome _____ Cognome _____ nato a _____
il _____

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 ___/___/_____

Revoco il consenso sopra espresso

Data: _____/_____/_____

Firma del paziente o di chi ne fa le veci _____