

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 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? | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere? | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| Ha mai subito incidenti stradali/caccia/traumi da esplosioni? | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| Ha mai subito interventi chirurgici? | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> 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? | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| Punti chirurgici metallici in sede vascolare (aorta, cervello) o dispositivi endovascolari ferromagnetici (filtri, stent da meno di 6 settimane). | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| Valvole cardiache? Data impianto: | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| Distrattori (protesi) della colonna vertebrale? | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| Pompa di infusione per insulina o altri farmaci? | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| Corpi metallici nelle orecchie o impianti per udito? Data impianto: | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali? | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| Catetere spinale o ventricolare (in pazienti affetti da idrocefalo) catetere di Schwan-Ganz? | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi articolari correttivi, ecc) viti, chiodi, fili ecc. | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| Protesi dentarie (fisse o mobili) | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |

SALUS	MODULO
	QUESTIONARIO PRELIMINARE ALL'ESECUZIONE DI RISONANZA MAGNETICA

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

Per le donne:

È in stato di gravidanza?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Data delle ultime mestruazioni _____		
È portatore di spirale endouterina (IUD)?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
È in allattamento?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No

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

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

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 ___/___/_____