



Gentile Signora/e,

il dottor _____, medico radiologo, Le sottopone questo

QUESTIONARIO PRELIMINARE ALL'ESECUZIONE DI UN ESAME RM

al fine accertare l'assenza di controindicazioni all'esame RM o la non pertinenza di specifici approfondimenti preventivi, ai sensi del Decr.Min.Salute 10.08.18.

COGNOME _____ NOME _____

Data di nascita _____ Peso Kg _____ Sesso M F_

Indagine richiesta _____ dal dott. _____

✓ Ha già eseguito in precedenza esami RM? SI NO

✓ Ha avuto reazioni allergiche dopo somministrazione del mezzo di contrasto? SI NO

✓ **E' PORTATORE DI:**

- Pacemaker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci? SI NO
- Defibrillatori impiantati? SI NO
- Schegge o frammenti metallici? SI NO
- Stent vascolari, protesi metalliche endovascolari? SI NO
- Valvole cardiache o Clips per by-pass coronarici? SI NO
- Neurostimolatori, elettrodi cerebrali o sub-durali? SI NO
- Altri tipi di stimolatori? SI NO
- Derivazioni spinali o ventricolari? SI NO
- Distrattori della colonna vertebrale? SI NO
- Pompa per infusione di insulina o altri farmaci? SI NO
- Clips su aneurismi (vasi sanguigni) aorta, cervello? SI NO
- Protesi ortopediche (anca, ginocchio, viti, chiodi endomidollari)? SI NO
- Protesi acustiche o corpi metallici nelle orecchie? SI NO
- Di cristallino artificiale? SI NO
- Di tatuaggi o piercing? Localizzazione _____ SI NO
- Protesi dentarie fisse o mobili? SI NO
- Lenti a contatto? SI NO
- Spirale anticoncezionale? SI NO

(se si, è consigliabile di far controllare dal proprio ginecologo la corretta posizione della stessa dopo l'esecuzione della RM)

✓ Ritieni di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe NON esserne a conoscenza? SI NO

✓ Soffre di claustrofobia? SI NO

✓ Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere? SI NO

✓ Ha mai subito incidenti stradali, incidenti di caccia? SI NO

✓ E' stato vittima di traumi da esplosioni? SI NO

✓ E' affetto da anemia falciforme? SI NO

- ✓ Ha subito interventi chirurgici su:
- testa collo torace addome arti superiori arti inferiori altro
- ✓ Ha avuto in passato manifestazioni allergiche? SI NO
- ✓ Soffre o ha sofferto di crisi asmatiche? SI NO
- ✓ E' allergico ai metalli? SI NO
- ✓ Sta utilizzando cerotti medicali ? SI NO
- ✓ Ultime mestruazioni avvenute:
- ✓ E' in stato di gravidanza? SI NO
- E' affetto da insufficienza cardiaca? SI NO
- E' affetto da insufficienza epatica? SI NO
- E' affetto da insufficienza renale? SI NO

Per esami con mezzo di contrasto è indicato segnalare il valore della CREATININEMIA _____ mg/dl non antecedente a 3 mesi
ESEGUITA PROFILASSI ANTIALLERGICA SI NO

PER L'EFFETTUAZIONE DELL'ESAME RM

-rimuovere:

eventuali lenti a contatto - apparecchi per l'udito - dentiera - corone temporanee mobili - cinta erniaria - fermagli per capelli - mollette - occhiali - gioielli - orologi - carte di credito o altre schede magnetiche - coltelli tascabili - ferma soldi - monete - chiavi - ganci - automatici - bottoni metallici - spille - vestiti con lampo - calze di nylon - indumenti in acrilico - pinzette metalliche - punti metallici - limette - forbici - altri eventuali oggetti metallici.

-asportare cosmetici dal viso.

INDOSSARE SOLAMENTE IL CAMICE E I CALZARI MONOUSO

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, ritiene giustificata l'indagine RM, avendone valutata l'appropriatezza, e ne autorizza l'esecuzione.

Firma del Medico _____ Data _____

Consenso informato all'esame RM

*Il paziente ritiene di essere stato sufficientemente informato sui rischi e sulle controindicazioni legate all'esposizione ai campi elettromagnetici generati dall'apparecchiatura RM. Pertanto, consapevole dell'importanza delle risposte fornite, **acconsente all'esecuzione dell'esame.***

Firma del paziente _____ Data _____

Consenso informato alla somministrazione di mezzo di contrasto

*Il paziente si ritiene sufficientemente informato sui rischi legati alla somministrazione del mezzo di contrasto. Pertanto, reso edotto dal Medico Responsabile della prestazione diagnostica della valutazione dei benefici diagnostici e dei rischi correlati, **ne acconsente la somministrazione.***

Firma del paziente _____ Data _____