

<b>MODULO</b>
<b>QUESTIONARIO PRELIMINARE ALL'ESECUZIONE DI RISONANZA MAGNETICA</b>

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?   | <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 o di caccia?                      | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| È stato vittima di traumi da esplosioni?                           | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |

Ha mai subito interventi chirurgici)

(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 |
| Eventuale locazione:  |                             |                             |

**SALUS**

<b>MODULO</b>
<b>QUESTIONARIO PRELIMINARE ALL'ESECUZIONE DI RISONANZA MAGNETICA</b>

Protesi dentarie	Fisse?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
	Mobili?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
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) con ematocrito elevato?		<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 grave?		<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, 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 \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_