

QUESTIONARIO ANAMNESTICO all'ESAME RM

Il questionario anamnestico ha lo scopo di accertare l'assenza di controindicazioni all'esame RM.

Tale questionario deve essere attentamente compilato e firmato in calce dal solo MRP, il quale, in relazione alle risposte fornite dal paziente, può ritenere che sussista la controindicazione all'esame.

Ha eseguito in precedenza esami RM ?	SI	NO
Ha avuto reazioni allergiche dopo somministrazione del MdC?	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
È stato vittima di traumi da esplosioni ?	SI	NO
Ultime mestruazioni avvenute:		
Ha subito interventi chirurgici su:		
testa <input type="checkbox"/>	collo <input type="checkbox"/>	
addome <input type="checkbox"/>	estremità <input type="checkbox"/>	
torace <input type="checkbox"/>	altro:	
È a conoscenza di avere uno o più dispositivi medici o corpi metallici all'interno del corpo ?	SI	NO
È portatore di pace-maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci ?	SI	NO
È portatore di schegge o frammenti metallici?	SI	NO
È portatore di Clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello ?	SI	NO
Valvole cardiache ?	SI	NO
Stents ?	SI	NO
Defibrillatori impiantati ?	SI	NO
Distrattori della colonna vertebrale?	SI	NO
Pompa di infusione per insulina o altri farmaci?	SI	NO
Corpi metallici nelle orecchie o impianti per udito?	SI	NO
Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali?	SI	NO
Atri tipi di stimolatori?	SI	NO
Corpi intrauterini?	SI	NO
Derivazione spinale o ventricolare?	SI	NO
Protesi dentarie fisse o mobili?	SI	NO
Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, ecc.)	SI	NO
viti, chiodi, filo, ecc.?		
Altre protesi ?		
Localizzazione	SI	NO
Ritiene di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe non esserne a conoscenza ?	SI	NO
Informazioni supplementari	SI	NO
È affetto da anemia falciforme ?	SI	NO
È portatore di protesi del cristallino ?	SI	NO
È portatore di piercing ?		
Localizzazione	SI	NO
Presenta tatuaggi ?		
Localizzazione	SI	NO
Sta utilizzando cerotti medicali ?	SI	NO

Per effettuare l'esame RM occorre 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.

Prima di sottoporsi all'esame si prega di asportare cosmetici dal viso.

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 **autorizza l'esecuzione dell'indagine RM.**

Firma del Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame RM

Data



Servizio di Diagnostica per Immagini
QUESTIONARIO ANAMNESTICO
E CONSENSO INFORMATO ESAME RM
(ai sensi del DM 2 agosto 1991)

Mod. 02 PS02/RX
Rev.6
Data 22/09/2016
Pagina di 2/2

CONSENSO INFORMATO all'ESECUZIONE DELL'INDAGINE RM

Io sottoscritto/a _____, nato/a a _____, il _____
dichiaro/a di essere stato/a sufficientemente informato/a sui rischi e sulle controindicazioni legate all'esposizione ai campi elettromagnetici generati dall'apparecchiatura RM.

Confermo di aver compreso le spiegazioni fornite nella "nota informativa" allegata.
In particolare, per le pazienti di sesso femminile si dichiara di prendere atto che l'esecuzione dell'esame RM durante i primi tre mesi di gravidanza è sconsigliato, sebbene non esistano evidenze in grado di provare una sensibilità dell'embrione ai campi elettromagnetici, tranne che nei casi di effettiva e improrogabile necessità; si dichiara di prendere atto, inoltre, che l'esposizione a campi magnetici o a onde di radiofrequenza può provocare la perdita di efficacia anticoncezionale del dispositivo intrauterino (IUD)

PERTANTO

consapevole dell'importanza e veridicità delle risposte fornite

Accenso

NON accenso

all'esecuzione dell'esame

Firma del Paziente (*).....

Data _____

(*) In caso di paziente minorenne è necessaria la firma di un genitore o di chi ne fa le veci;
Analogamente dicasi se il paziente è sotto tutela giuridica

L'esercente la Potestà/Tutela giuridica.....

Data _____