

**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; cinghia erniaria; fermagli per capelli; mollette; occhiali; gioielli; orologi; carte di credito e 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**  
*(conforme alle L.G. INAIL 2015e recepimento SIRM)*

Mod. 01 PS02/RX
Rev.7
Data 02/05/2019
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 \_\_\_\_\_