

Questionario somministrato da.....
(Indicare Nome, Cognome e qualifica professionale del membro dell'EQUIPE RM)

Dati del paziente

Cognome Nome

Data e luogo di nascita Peso (Kg)

Residenza Tel.

Indagine richiesta

Reparto/Medico richiedente l'esame RM

Questionario preliminare

- | | | |
|--|----|----|
| • Ha eseguito in precedenza esami RM? | SI | NO |
| • Ha avuto reazioni allergiche dopo somministrazione del mezzo di contrasto? | 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: | | |
| <input type="checkbox"/> 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.), viti, chiodi, filo, ecc.? | SI | NO |
| • Altre protesi? | SI | NO |
| Localizzazione | | |

- 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
- È affetto da anemia falciforme? SI NO
- È portatore di protesi del cristallino? SI NO
- È portatore di piercing? SI NO
Localizzazione
- Presenta tatuaggi? SI NO
Localizzazione.....
- Sta utilizzando cerotti medicali? SI NO
- È in stato di gravidanza certa o presunta? SI NO
- Soffre di insufficienza renale? SI NO

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

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 l'esecuzione dell'esame (v. nota informativa – Mod. RAD 03 “Nota informativa RM”).

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 (v. nota informativa – Mod. RAD 03 “Nota informativa RM” – paragrafo “Somministrazione del mezzo di contrasto in RM”).

Firma del Paziente (*)

Data

.....

.....

(*) In caso di paziente minorenne è necessaria la firma di un genitore o di chi ne fa le veci.