

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.