

## QUESTIONARIO PRELIMINARE ALLA PRENOTAZIONE DELL' ESAME DI RISONANZA MAGNETICA

( Ai sensi del suppl. Ord. G.U. del 20.08.91 e D.P.R. 08.08.94 n.542 )

Cognome e Nome ..... Peso ..... Altezza.....Tel.....

Nato\la il ..... Suggesto da : .....  Curante  Specialista

Gentile Sig.re\ra la RISONANZA MAGNETICA è una metodica non invasiva che non utilizza raggi X, pertanto innocua Lei dovrà solo mantenere per un certo tempo l'assoluta immobilità per consentire informazioni diagnostiche della migliore qualità. Durante l'esame sentirà un rumore ritmico, che dipende dal normale funzionamento dell'apparecchiatura. Le condizioni di illuminazione e di ventilazione sono regolate per assicurare il massimo comfort possibile. Nella sala magnetica, Lei sarà sempre controllato dal personale addetto che potrà parlarLe mediante interfono.

**IMPORTANTE: Le informazioni richieste sono indispensabili per garantire l'esecuzione dell'esame in condizioni di regolarità e sicurezza. Non possono essere ASSOLUTAMENTE sottoposti ad esame RM i portatori di pace-makers.**

Il/La paziente è stato sottoposto ad interventi chirurgici?

SI  NO (specificare).....

Il/La paziente è portatore di :

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO -CLIPS METALLICHE DURALI               | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO -CRISTALLINO ARTIFICIALE   | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO -PROTESI DI OGNI TIPO  |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO -SCHEGGE O FRAMMENTI METALLICI         | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO -PROTESI AURICOLARE        | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO -DERIVAZIONI LIQUORALI |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO -POMPE PER INSULINA                    | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO - <b>VALVOLE CARDIACHE</b> | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO -NEUROSTIMOLATORI      |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO -IUD (SPIRALE ANTICONCEZIONALE)        | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO -ELETTRODI                 | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO -LENTI A CONTATTO      |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO - <b>CLIPS VASCOLARI INTRACRANICHE</b> | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO -PIERCING(S)               | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO -TATUAGGI CORPOREI     |

SOFFRE DI **CLAUSTROFOBIA ( PAURA DEI LUOGHI CHIUSI E RISTRETTI )** ? \_\_\_\_\_  SI  NO

Donne: E' \ O POTREBBE ESSERE IN GRAVIDANZA? \_\_\_\_\_  SI  NO

HA EFFETTUATO ESAMI RM CON MEZZO DI CONTRASTO ? \_\_\_\_\_  SI  NO

HA MAI AVUTO UNA REAZIONE ALLERGICA SOTTOPONENDOSI AD UN ESAME RM/TC ? \_\_\_\_\_  SI  NO

HA \ O HA MAI AVUTO UNA REAZIONE ALLERGICA AI FARMACI ? \_\_\_\_\_  SI  NO

**Per effettuare l'esame occorre:**

- Togliere eventuali lenti a contatto, apparecchi per l'udito, dentiera e protesi temporanee mobili;
- Togliere fermagli per capelli, mollette, trucco, lacca per capelli, occhiali, gioielli, orologi, carte di credito o altre schede magnetiche;
- Indossare il solo camice consegnato e togliere tutti gli oggetti non compatibili con l'esame RM.

Si informa che l'esposizione a campi magnetici può provocare la perdita di efficacia anticoncezionale del dispositivo intrauterino (IUD). Se Lei ne è portatrice la sua firma vale come accettazione a sottoporsi all' esame di Risonanza Magnetica.

firma del Paziente ..... timbro e firma del Medico Curante o dello Specialista .....

**E' necessario esibire al momento dell'esame tutta la documentazione clinica inerente alla patologia ( il Centro non è responsabile della documentazione cartacea o supporti magnetici )**

**Spazio riservato al BIOCONTROL**

**CONSENSO INFORMATO**

Il/La sottoscritto/a dichiara di avere preso attenta visione delle informazioni sopra scritte, di aver compilato attentamente il questionario, nonché di essere stato esaurientemente informato sul modo di conduzione e sulle limitazioni dell'indagine. Pertanto, consente ad essere sottoposto all'esame di risonanza magnetica,

Firma del Paziente o del Titolare del consenso .....

Il/La sottoscritto/a consente la somministrazione di mezzo di contrasto ( Gadolinio ) per via endovena, essendo stato informato dei possibili rischi, dipendenti da reazioni allergiche al Gadolinio, peraltro non prevedibili o prevenibili.

Firma del Paziente o del Titolare del consenso .....

RITIRO IL CONSENSO data..... (firma).....

**NOTE ANAMNESTICHE** .....

.....

.....

.....

Firma del Medico Resp. dell'esecuzione dell'esame ..... Firma dell'operatore .....

**Precedenti esami diagnostici e documentazione clinica ( sbarrare ed accludere )**

RX  TC  ECOGRAFIA  RM  CARTELLA CLINICA  ALTRO (specificare) .....