

**Questionario somministrato da \_\_\_\_\_**

(Indicare Nome, Cognome e qualifica professionale del membro dell'Equipe RM)

peso kg \_\_\_\_\_ altezza cm \_\_\_\_\_

Indagine richiesta \_\_\_\_\_

Reparto/Medico richiedente l'esame RM \_\_\_\_\_

Il "questionario anamnestico" ha lo scopo di accertare l'assenza di controindicazioni all'esame RM. Tale questionario deve essere attentamente compilato dall'equipe RM e firmato dal Medico Responsabile della Prestazione Diagnostica. Risposte affermative a uno o più quesiti possono comportare controindicazione anche assoluta all'esecuzione dell'esame RM.

Soffre di claustrofobia?

☐ SÌ ☐ NO

Ha mai lavorato(o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere?

☐ SÌ ☐ NO

Ha subito incidenti stradali, incidenti di caccia?

☐ SÌ ☐ NO

E' stato/a vittima di traumi da esplosione?

☐ SÌ ☐ NO

E' in stato di gravidanza?

☐ SÌ ☐ NO

Ultime mestruazioni avvenute? Data \_\_\_\_\_

**È a conoscenza di avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo?**

**È portatore di:**

- |                                                                                                              |                             |                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| - Schegge o frammenti metallici?                                                                             | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| - Clips su aneurismi (vasi sanguigni, aorta, cervello)?                                                      | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| - Valvole cardiache?                                                                                         | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| - Distrattori della colonna vertebrale?                                                                      | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| - Pompa di infusione di insulina o altri farmaci?                                                            | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| - Pace-maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci?                                                     | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| - Corpi metallici nelle orecchie o impianti per l'udito?                                                     | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| - Defibrillatori impiantati?                                                                                 | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| - Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali?                                           | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| - Corpi intrauterini?                                                                                        | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| - Deviazioni spinali o ventricolari?                                                                         | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| - Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari)?<br>Viti, chiodi, filo ect.. | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| Localizzazione _____                                                                                         |                             |                             |
| - Protesi del cristallino?                                                                                   | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| - Espansori mammari?                                                                                         | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| - Freestyle                                                                                                  | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |

Ritiene di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe NON esserne a conoscenza? ☐ SÌ ☐ NO

Ha subito interventi chirurgici su:

Testa \_\_\_\_\_ Addome \_\_\_\_\_ Estremità \_\_\_\_\_

Collo \_\_\_\_\_ Altri \_\_\_\_\_ Torace \_\_\_\_\_

**Informazioni supplementari:**

|                          |                                                         |                      |
|--------------------------|---------------------------------------------------------|----------------------|
| È portatore di piercing? | <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO | localizzazione _____ |
| Presenta tatuaggi?       | <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO | localizzazione _____ |

Per effettuare l'esame occorre togliere: eventuali lenti a contatto - apparecchi per l'udito - dentiera - corone temporanee mobili - cinta sanitaria - 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 - pinzette metalliche - punti metallici (ad esempio applicati agli indumenti in tintoria) - limette - forbici - ed altri eventuali oggetti metallici;

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

**CONSENSO DEL MEDICO ALL'ESECUZIONE DELL'ESAME**

Il Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame (MRP):

- preso atto delle risposte fornite dal paziente ed espletata l'eventuale visita medica,
- ritenuto che egli non necessita di ulteriori indagini diagnostiche finalizzate all'accertamento dei rischi circa le controindicazioni date,

**AUTORIZZA L'ESECUZIONE DELL'INDAGINE RM**

Data \_\_\_\_\_ Timbro e Firma del Medico Responsabile della Prestazione

**CONSENSO INFORMATO ALL'ESAME RM**

Il paziente, Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

Di essere stato sufficientemente informato sui rischi e sulle controindicazioni legate all'esposizione ai campi elettromagnetici generati dall'apparecchiatura RM. Dichiara inoltre di aver collaborato attivamente alla compilazione del questionario anamnestico e, consapevole dell'importanza delle risposte fornite, acconsente l'esecuzione dell'esame.

Data \_\_\_\_\_ Firma del paziente (firma leggibile) \_\_\_\_\_

**CONSENSO INFORMATO ALLA SOMMINISTRAZIONE DI MEZZO DI CONTRASTO**

Il paziente, Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

Di essere stato 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.

Data \_\_\_\_\_ Firma del paziente (firma leggibile) \_\_\_\_\_

Timbro e Firma del Medico Responsabile della somministrazione

**ULTERIORI CONSENSI INFORMATI**

Consenso informato relativo a \_\_\_\_\_

Il paziente, Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

Di essere stato sufficientemente informato sui rischi legati a \_\_\_\_\_.

Pertanto, reso edotto dal Medico Responsabile della Prestazione diagnostica della valutazione dei benefici diagnostici e dei rischi correlati, dà il proprio consenso.

Data \_\_\_\_\_ Firma del paziente (firma leggibile) \_\_\_\_\_

(\*) in caso di paziente minore è necessaria la firma del genitore o di chi ne fa le veci.

**N.B .per i pazienti ricoverati:**

“Questo foglio informativo è da intendersi parte integrante e sostanziale del consenso in cartella clinica che le sarà richiesto di sottoscrivere quale libera e consapevole espressione della sua volontà”.

NOTE :

---

---

---

---

---