QUESTIONARIO PRELIMINARE PER L'ESECUZIONE DELL'ESAME RM

Cognome e nome_____ Data di nascita____/____/_____

Parte del corpo da esaminare _____

CONTROINDICAZIONI ASSOLUTE ALL'ESECUZIONE DELL'INDAGINE

- Presenza di pacemaker o dispositivi endocorporei ad attivazione magnetica (es. elettrodi, neurostimolatori).
- Presenza di protesi ferromagnetiche (o di non accertabile compatibilità con i campi magnetici) posizionate in sede endocranica, endorbitaria, endovascolare o suscettibili di mobilità passiva.

Soffre di claustrofobia? .....SI ❍ NO ❍
Ha lavorato o lavora come saldatore, tornitore, carrozziere? .....SI ❍ NO ❍
Ha subito incidenti stradali, incidenti di caccia? .....SI ❍ NO ❍
È stato vittima di traumi da esplosione? .....SI ❍ NO ❍
È in stato di gravidanza? .....SI ❍ NO ❍
Ultime mestruazioni avvenute in data: ……/……/……

Ha subito interventi chirurgici a:
Testa .....SI ❍ NO ❍
Collo .....SI ❍ NO ❍
Torace .....SI ❍ NO ❍
Addome .....SI ❍ NO ❍
Arti inferiori/superiori .....SI ❍ NO ❍
Altro .....SI ❍ NO ❍

È portatore di:
Schegge o frammenti metallici .....SI ❍ NO ❍
Clips metalliche su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello .....SI ❍ NO ❍
Valvole cardiache .....SI ❍ NO ❍
Distrattori della colonna vertebrale .....SI ❍ NO ❍
Pompe per infusione insulina o altri farmaci .....SI ❍ NO ❍
Pacemaker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci .....SI ❍ NO ❍
Corpi metallici nelle orecchie, impianti per udito, protesi otologiche .....SI ❍ NO ❍
Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali,
stimolatori di crescita ossea.....SI ❍ NO ❍
Corpi intrauterini (spirale-diaframma) .....SI ❍ NO ❍
Protesi peniene .....SI ❍ NO ❍
Derivazioni, connettori spinali o ventricolari .....SI ❍ NO ❍

segue ⇨

Protesi metalliche per pregresse fratture, interventi correttivi articolari .....SI ❍ NO ❍

Se sì, dove: .....

Chiodi, viti, fili ecc. .....SI ❍ NO ❍
Protesi dentarie fisse o mobili .....SI ❍ NO ❍
Impianti dispositivi oculari .....SI ❍ NO ❍
Protesi del cristallino .....SI ❍ NO ❍
È stato sottoposto a procedure interventistiche angiografiche:
spirali, stent,o filtri endovascolari .....SI ❍ NO ❍

Se sì, dove: .....

SWAN GANZ .....SI ❍ NO ❍
Protesi mammarie .....SI ❍ NO ❍
Serbatoi o cateteri sottocutanei per terapie farmacologiche .....SI ❍ NO ❍
Pallottole o proiettili .....SI ❍ NO ❍
Cerotto alla nitroglicerina .....SI ❍ NO ❍
È affetto da anemia falciforme .....SI ❍ NO ❍

In presenza di elementi endocorporei metallici l'indagine RM sarà eseguibile solo previa valutazione da parte del medico responsabile dell'esame dei rischi che la stessa può comportare.

Dichiarazione di compatibilità:.....

PRIMA DI EFFETTUARE L'ESAME OCCORRE TOGLIERE

- Abiti (viene fornito camice indumento adatto all'indagine)
- Occhiali e/o lenti a contatto
- Corone temporanee mobili
- Fermagli per capelli, mollette
- Gioielli, orologi, carte di credito e altre schede magnetiche
- Monete, portachiavi, chiavi, piccoli oggetti metallici
- Apparecchi per udito
- Cinta sanitaria
- Dentiera
- Piercing
- Cosmetici dal volto (es. rimmel)

Data	Il medico responsabile
.....	.....
Il paziente (per presa visione e accettazione)	L'operatore che esegue l'esame
.....	.....