



MODULO DI ANAMNESI DELL'INDAGINE DI RISONANZA MAGNETICA

Sig/Sig.ra: _____ Nato/a il: _____ Peso (Kg): _____

Residente/Degente: _____ Recapito telefonico: _____

Reparto/Medico richiedente l'esame: _____

Quesito diagnostico: _____

Distretto corporeo oggetto dell'indagine: _____

N.B. Si prega di rispondere a tutte le domande indicate nel questionario riportato nelle pagine seguenti e di firmare il modulo come consenso libero e informato all'esecuzione dell'esame. La mancata ottemperanza comporterà la nullità della richiesta.

Ha eseguito in precedenza esami di RM?	Si	No	
Ha avuto reazioni allergiche dopo il mezzo di contrasto in RM?	Si	No	
Il Paziente è affetto da:			
• claustrofobia	Si	No	
• obesità marcata	Si	No	
• anemia falciforme	Si	No	
Il Paziente è portatore di:			
• pacemaker cardiaco	Si	No	
• altri tipi di cateteri cardiaci	Si	No	Se sì, del tipo (*):
• valvole cardiache	Si	No	Se sì, del tipo (*):
• stents	Si	No	Se sì, del tipo (*):
• defibrillatori impiantati	Si	No	Se sì, del tipo (*):
• distrattori della colonna vertebrale	Si	No	Se sì, del tipo (*):
• pompe di infusione per insulina o altri farmaci	Si	No	Se sì, del tipo (*):
• neurostimolatori, elettrodi endocerebrali o sottodurali	Si	No	Se sì, del tipo (*):
• clips endocraniche, endoorbitarie, endovascolari	Si	No	Se sì, del tipo (*):
• altri tipi di stimolatori?	Si	No	
• sonde di derivazione ventricolare o spinale	Si	No	Se sì, del tipo (*):
• protesi auricolari	Si	No	Se sì, del tipo (*):
• protesi oculari (es. cristallino)	Si	No	Se sì, del tipo (*):
• lenti a contatto	Si	No	Se sì, del tipo (*):
• protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, viti, chiodi, fili, ecc.	Si	No	Se sì, del tipo (*):
• protesi dentarie fisse o mobili	Si	No	Se sì, del tipo (*):
• corpi intrauterini	Si	No	Se sì, del tipo (*):
• altre protesi/apparecchi o corpi metallici (punti, chiodi, ecc...) all'interno del corpo dei quali potrebbe NON essere a conoscenza	Si	No	Se sì, tipo e zona del corpo (*):
• schegge o corpi metallici dovuti a traumi, colpi d'arma da fuoco, esplosioni	Si	No	Se sì, tipo e zona del corpo(*):
Il Paziente è stato sottoposto a interventi chirurgici?	Si	No	Indicare sede e alcune note circa il tipo di intervento:

Testa:	Addome:		
Collo:	Estremità:		
Torace:	Altro:		
È in stato di gravidanza?	Sì	No	Data ultima mestruazione:
Sta utilizzando cerotti medicali?	Sì	No	
È portatore di piercing?	Sì	No	Se sì, zona del corpo:
Presenta tatuaggi?	Sì	No	Se sì, zona del corpo:
È stato vittima di traumi stradali/incidenti?	Sì	No	Note:
È stato vittima di incidenti di caccia?	Sì	No	Note:
È stato vittima di esplosioni?	Sì	No	Note:
Lavora o ha lavorato come fabbro, tornitore, saldatore, carrozziere, addetto alla lavorazione di vernici metallizzate?	Sì	No	Note:

(*) Indicare le specifiche del dispositivo o allegare la dichiarazione dello specialista che ha eseguito l'impianto

IL MEDICO RESPONSABILE 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

Data: _____

Firma del Medico Radiologo responsabile dell'esame RM _____

CONSENSO INFORMATO RISONANZA MAGNETICA

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 all'esecuzione dell'esame.

Data: _____

Firma del Paziente (*) _____

(*) In caso di Paziente minorenni è necessaria la firma di un genitore o di chi ne fa le veci

NB per l'Utenza esterna: Il giorno dell'esame, preferibilmente con 15/20 minuti di anticipo, presentarsi allo sportello dell'accettazione munito/a di impegnativa. Quest'ultima deve riportare chiaramente il quesito clinico. Ricordarsi inoltre di portare in visione eventuali esami o visite effettuate in precedenza che abbiano attinenza con l'indagine in questione. Non è necessario sospendere eventuali terapie farmacologiche in atto, salvo diversa indicazione medica.