

## QUESTIONARIO PRELIMINARE DI RISONANZA MAGNETICA

PAZIENTE :

DATA DI NASCITA:

ID :

PESO KG ..... Roma,

DISTRETTO DA ESAMINARE:

MEZZO DI CONTRASTO

LOTTO N. \_\_\_\_\_

- |  |    |    |
|--|----|----|
| - E' portatore di Pace-maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci                                      | SI | NO |
| - Presunta o accertata ridotta funzionalità renale ?   | SI | NO |
| - Allergie farmacologiche (metalli , altro) ?  | SI | NO |
| - E' in stato di gravidanza?   | 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 o vittima di esplosioni?                             | SI | NO |
| - E' stato vittima di esplosioni?  | SI | NO |
| <b>Ha subito interventi chirurgici su:</b> .....   |    |    |
| - E portatore di:  |    |    |
| - Schegge o frammenti metallici?   | SI | NO |
| - Clips su aneurismi (vasi sanguigni) aorta - cervello?  | SI | NO |
| - Valvole cardiache?   | SI | NO |
| - Distrattori della colonna vertebrale?  | SI | NO |
| - Microinfusori di insulina o di altri farmaci   | SI | NO |
| Se si : va scollegato e rimosso  |    |    |
| - Corpi metallici nelle orecchie o impianti per udito?   | SI | NO |
| - Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali?   | SI | NO |
| - Corpi intrauterini   | SI | NO |
| - Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari etc.) viti, chiodi, filo etc? | SI | NO |
| - Protesi dentarie fisse o mobili?   | SI | NO |
| - Protesi del cristallino?   | SI | NO |
| - E' affetto da anemia falciforme?   | SI | NO |

**Per effettuare l'esame occorre:**

- togliere eventuali lenti a contatto; apparecchi per l'udito; dentiera; corone temporanee mobili; cinta sanitaria; fermagli per capelli, occhiali, gioielli, orologi, carte di credito o altre schede magnetiche, coltelli tascabili, fermasoldi, monete, chiavi, ganci, automatici, bottoni metallici (ad es. applicati agli indumenti in tintoria), forbici ed altri eventuali oggetti metallici;
- asportare cosmetici dalla regione da esaminare.

**In caso di somministrazione di m.d.c.: dichiaro di essere stato/a informato/a in modo completo ed esauriente sulla necessità e sugli eventuali rischi nell'utilizzo del m.d.c. paramagnetico per e.v.. Dichiaro di essere nelle mie piene facoltà ed autorizzo alla procedura per me precedentemente programmata anche come da richiesta specialistica.**