

QUESTIONARIO ANAMNESTICO E MODULO DI CONSENSO INFORMATO PER RISONANZA MAGNETICA (RM)

Questionario somministrato da:

(indicare nome, cognome e qualifica professionale)

DATI PERSONALI

Nome:

Cognome:

Luogo di nascita:

Data di Nascita:

Altezza: cm

Peso: kg

DATI ANAMNESTICI

raccolti in data:

SÌ NO

Ha eseguito in precedenza esami RM?		☐	☐
Soffre di claustrofobia?		☐	☐
Ha mai lavorato (o lavora) nella lavorazione di metalli?		☐	☐
Ha mai subito incidenti stradali, incidenti di caccia?		☐	☐
È stato vittima di traumi da esplosioni?		☐	☐
È in stato di gravidanza? (ultime mestruazioni avvenute: _____)		☐	☐
Ha subito interventi chirurgici su:	Testa (_____)	☐	☐
	Collo (_____)	☐	☐
	Addome (_____)	☐	☐
	Estremità (_____)	☐	☐
	Altro (_____)	☐	☐
È a conoscenza di avere uno o più dispositivi medici o corpi metallici all'interno del corpo?		☐	☐
È portatore di pace-maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci?		☐	☐
È portatore di schegge o frammenti metallici?		☐	☐
È portatore di:	Clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello ?	☐	☐
	Valvole cardiache?	☐	☐
	Stents?	☐	☐
	Defibrillatori impiantati?	☐	☐
	Distrattori della colonna vertebrale?	☐	☐
	Pompa di infusione per insulina o altri farmaci?	☐	☐
	Corpi metallici nelle orecchie o impianti per udito?	☐	☐
	Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali?	☐	☐
	Altri tipi di stimolatori?	☐	☐
	Corpi intrauterini?	☐	☐
	Derivazione spinale o ventricolare?	☐	☐
	Protesi dentarie fisse o mobili?	☐	☐
	Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, ecc.), viti, chiodi, filo, ecc.?	☐	☐
Altre protesi? (localizzazione _____)		☐	☐
Potrebbe avere protesi/apparecchi/corpi metallici nel corpo di cui potrebbe NON essere a conoscenza?		☐	☐

INFORMAZIONI SUPPLEMENTARI**SÌ NO**

È affetto da anemia falciforme?	☐	☐
È portatore di protesi del cristallino?	☐	☐
È portatore di piercing? (localizzazione)	☐	☐
Presenta tatuaggi? (localizzazione)	☐	☐
Sta utilizzando cerotti medicali?	☐	☐

Note anamnestiche aggiuntive a cura del medico responsabile della prestazione:**Il Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame RM**

preso atto delle risposte fornite dal paziente ed espletata l'eventuale visita medica e/o ulteriori indagini preliminari

autorizza l'esecuzione dell'indagine RM

Firma del Medico

Data

Consenso informato all'esame RM

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 l'esecuzione dell'esame.

Firma del paziente

Data

Consenso informato alla somministrazione di mezzo di contrasto

Il paziente si ritiene 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.

Firma del paziente

Data