



Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico
Gaetano Pini-CTO

Sistema Socio Sanitario
 Regione
Lombardia
ASST Gaetano Pini

U.O.C. Radiodiagnostica
Pini / Isocrate

**QUESTIONARIO
ANAMNESTICO/CONSENSO
INFORMATO ALL'ESECUZIONE
DELL'INDAGINE DI RISONANZA
MAGNETICA(RM)**

Codice: 3/P05 RD/01

Rev.: 3

Data: 23/05/2018

Pagina 2 di 2

Per effettuare l'esame di Risonanza Magnetica occorre togliere:

eventuali lenti a contatto - apparecchi per l'udito - dentiera - corone temporanee mobili - cinta erniaria - 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 - limette - forbici - altri eventuali oggetti metallici. Prima di sottoporsi all'esame si prega di asportare cosmetici dal viso.

IL MEDICO RADIOLOGO RESPONSABILE DELL'ESAME RM PRESO ATTO DELLE RISPOSTE FORNITE DAL PAZIENTE ED ESPLETATE L'EVENTUALE VISITA MEDICA E/O ULTERIORI INDAGINI DIAGNOSTICHE PRELIMINARI

AUTORIZZA L'ESECUZIONE DELL'INDAGINE RM

Firma del Medico Radiologo Responsabile dell'esecuzione dell'esame RM: _____

Data: _____

CONSENSO INFORMATO DEL PAZIENTE ALL'ESECUZIONE DELL'INDAGINE DI RISONANZA MAGNETICA

Il/La Sottoscritto/a ritiene di essere stato sufficientemente informato/a 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

Firma del paziente (*): _____ Data: _____

(*) In caso di paziente minorenne è necessaria la firma di un genitore o di chi ne fa le veci.

U.O.C. Radiodiagnostica
Pini / Isocrate

**QUESTIONARIO
ANAMNESTICO/CONSENSO
INFORMATO ALL'ESECUZIONE
DELL'INDAGINE DI RISONANZA
MAGNETICA(RM)**

Codice: 3/P05 RD/01

Rev.: 3

Data: 23/05/2018

Pagina 1 di 2

Il "questionario anamnestico" ha lo scopo di accertare l'assenza di controindicazioni all'esame e deve essere attentamente compilato, barrando la risposta "si" o "no" e firmato in calce dal Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame che, per le sue valutazioni, si avvale anche delle risposte fornite dal paziente o dal tutore legale (ad esempio in caso di minore):

Cognome _____ Nome _____ Nata/o il __/__/____ Peso _____kg

- Ha eseguito in precedenza esami di Risonanza Magnetica? 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? Si No
- È stato vittima di traumi da esplosioni? Si No
- Ha mai avuto reazioni allergiche dopo mezzo di contrasto? Si No
- È a conoscenza di avere uno o più dispositivi medici o corpi metallici all'interno del corpo? Si No
- Ritiene di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe NON essere a conoscenza? Si No
- Per le donne in età fertile: È in stato di gravidanza? Si No Potrebbe esserlo
- Precedenti interventi chirurgici:
 - Testa Occhi Collo Torace Cuore Addome Pelvi Arti
 - Altro _____

Specificare il tipo di intervento _____

• **È portatore di:**

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Pace-Maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Valvole cardiache? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Protesi del cristallino (se si anno di impianto_____) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Presenta tatuaggi?
Localizzazione_____ <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Derivazione spinale o ventricolare? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Pompa di infusione per insulina o altri farmaci? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Protesi dentarie fisse o mobili? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Sta utilizzando cerotti medicali? | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Corpi metallici nelle orecchie o impianti per udito? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Stents? (Se si quando_____) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Dispositivi metallici inseriti sulla colonna vertebrale (distrattori) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Schegge o frammenti metallici?
Specificare dove_____ <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Piercing?
Localizzazione_____ <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Defibrillatori impiantati? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Altri tipi di stimolatori? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, etc), viti, chiodi, filo, etc...? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Altre protesi?
Localizzazione_____ <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Spirale/Dispositivo intrauterino (IUD)? |
|--|--|

COMPILARE ANCHE IL RETRO DEL FOGLIO