



Struttura Organizzativa: S.C. RADIOLOGICA

S.S.D. NEURORADIOLOGIA

QUESTIONARIO PRELIMINARE ALL'ESECUZIONE DI UN ESAME RMN

Paziente: _____ Peso Kg. _____

Inviato da: _____

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| ▪ Soffre di claustrofobia? | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ▪ Ha mai lavorato come saldatore, tornitore, carrozziere etc.? | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ▪ Ha mai subito incidenti stradali o di caccia? | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ▪ È stato vittima di esplosioni? | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ▪ È in stato di gravidanza? | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
- Data delle ultime mestruazioni _____

- Ha subito interventi chirurgici su:

- | | | |
|-------------|-----------------------------|-----------------------------|
| ▪ Testa | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ▪ Collo | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ▪ Torace | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ▪ Addome | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ▪ Estremità | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ▪ Altro | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

- È portatore di:

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| ▪ Schegge o frammenti metallici? | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ▪ Clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello? | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ▪ Valvole cardiache? | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ▪ Distrattori della colonna vertebrale? | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ▪ Pompa infusione di insulina o di altri farmaci? | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ▪ Pace-maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci? | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ▪ Corpi metallici nelle orecchie o impianti per l'udito? | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ▪ Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali? | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ▪ Corpi intrauterini? | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ▪ Derivazione spinale o ventricolare? | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ▪ Protesi metalliche (per fratture, interventi articolari), viti, chiodi, filo, etc? | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ▪ Localizzazione..... | | |
| ▪ Protesi dentarie (fisse o mobili)? | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ▪ Protesi del cristallino? | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ▪ È affetto da anemia falciforme? | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

Per effettuare l'esame di Risonanza Magnetica occorre:

- Togliere eventuali lenti a contatto, apparecchi per l'udito, protesi dentali mobili, cinta sanitaria.
- Togliere fermagli per capelli, mollette, occhiali, gioielli, orologi, fermagli, monete, chiavi, ganci automatici e qualunque tipo di oggetti metallici, oltre a carte di credito e schede magnetiche.
- Asportare cosmetici dal volto.

Paziente: _____



Si informa che:

- l'esposizione a campi magnetici e ad onde di radiofrequenza può provocare la perdita di efficacia anticoncezionale del dispositivo intrauterino (IUD): se Lei ne è portatrice, la Sua firma vale come accettazione a sottoporsi ugualmente all'esame in questione.

Si prega di segnalare l'eventuale presenza di:

- | | | | | |
|------------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|
| • cerotti medicati | Sì | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| • tatuaggi e piercing | Sì | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| • protesi dentali magnetiche | Sì | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |

Io sottoscritto/a.....

dichiaro di essere stato/a informato/a esaurientemente sull'esame di Risonanza Magnetica a cui sarò sottoposto, come da prescrizione medica, dichiaro di acconsentire all'esecuzione di tale esame.

Firma del Paziente (o di chi ne abbia la patria potestà) _____

Firma del Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame _____

Data _____

CONSENSO INFORMATO ALLA SOMMINISTRAZIONE DEL MEZZO DI CONTRASTO PARAMAGNETICO A BASE DI GADOLINIO

Dichiaro:

- di essere stato/a informato/a che l'esame può comportare la necessità che mi venga somministrato un mezzo di contrasto paramagnetico a base di Gadolinio, per via endovenosa;
- di essere stato/a informato/a che tale somministrazione, pur se attuata con perizia, diligenza e prudenza può causare la comparsa di reazioni allergiche di varia natura e gravità.
- Preso atto della suddette informazioni, dichiaro di aver ricevuto risposte esaurienti ed autorizzo la somministrazione del suddetto mezzo di contrasto.

Firma del Paziente (o di chi ne abbia la patria potestà) _____

Data: _____

REVOCA DEL CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto/a _____

in data _____ dichiaro di **voler REVOCARE il consenso** e di essere a conoscenza delle conseguenze di tale revoca.

Firma _____

