

Gli esami devono essere ritirati dall'interessato, o da persona da questi delegata, entro trenta giorni dalla data indicata nel foglio di ritiro che le è stato consegnato. La preghiamo di indicarci la modalità di ritiro che preferisce:

PRESSO LA SEDE DI CAORLE -  PRESSO LA SEDE DI S.STINO -  SPEDIZIONE

### QUESTIONARIO ANAMNESTICO ESAME RM

Il "questionario anamnestico" ha lo scopo di accertare l'assenza di controindicazioni all'esame RM. Tale questionario deve essere attentamente compilato da ogni paziente o dal tutore legale (ad esempio in caso di minore), prima di essere sottoposto all'esame e firmato dal Medico Responsabile dell'esame. Risposte affermative ad uno o più quesiti possono comportare controindicazione anche assoluta all'esecuzione dell'esame

- Ha eseguito in precedenza esami RM?  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
- E' stato vittima di traumi da esplosioni?  SI  NO
- E' in stato di gravidanza cetra o presunta?  SI  NO
- Ha mai avuto reazioni allergiche dopo mezzo di contrasto?  SI  NO
- Ha subito interventi chirurgici su:
 

Testa _____	Addome _____	Collo _____
Estremità _____	Torace _____	Occhi _____
Altro _____		

- E' a conoscenza di avere uno o più dispositivi medici o corpi metallici all'interno del corpo?  SI  NO
- E' portatore di:
  - Pace-Maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci?  SI  NO
  - Schegge o frammenti metallici?  SI  NO
  - Clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello?  SI  NO
  - Valvole cardiache?  SI  NO
  - Stents?  SI  NO
  - Defibrillatori impiantati?  SI  NO
  - Distrattori della colonna vertebrale?  SI  NO
  - Pompa di infusione per insulina o altri farmaci?  SI  NO
  - Corpi metallici nelle orecchie o impianti per udito?  SI  NO
  - Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali?  SI  NO
  - Altri tipi di stimolatori?  SI  NO
  - Corpi intrauterini?  SI  NO
  - Derivazione spinale o ventricolare?  SI  NO
  - Protesi dentarie fisse o mobili?  SI  NO
  - Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, etc), viti, chiodi, filo, etc... ?  SI  NO
  - Altre protesi?  SI  NO
- Localizzazione \_\_\_\_\_
- Ritiene di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe NON esserne a conoscenza?  SI  NO
- E' portatore di protesi del cristallino?  SI  NO
- E' portatore di piercing?  SI  NO
- Localizzazione \_\_\_\_\_
- Presenta tatuaggi?  SI  NO
- Localizzazione \_\_\_\_\_
- Sta utilizzando cerotti medicali?  SI  NO

*S'informa che l'esposizione a campi magnetici o a 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 all'esame RM.*

**CONSENSO INFORMATO**

Il/La sottoscritto/a <cognome\_pazie> <nome\_pazie> nato a <luogo\_nascita> il <data\_nascita>, perfettamente di grado di intendere e di volere, **dichiara** di essere stato/a sufficientemente informato/a circa l'indicazione, l'utilità, le modalità di esecuzione, sui rischi e sulle controindicazioni all'esposizione ai campi elettromagnetici generati dall'apparecchiatura RM, e di acconsentire all'esecuzione dell'esame RM.

In particolare per le pazienti di sesso femminile si dichiara di prendere atto che l'esecuzione dell'esame RM durante i primi tre mesi di gravidanza è sconsigliato, sebbene non esistano evidenze in grado di provare una sensibilità dell'embrione ai campi elettromagnetici, tranne che nei casi di effettiva e improrogabile necessità.

Lì, <data\_odierna> Firma del paziente \_\_\_\_\_

In caso di minore è necessaria la firma di un genitore o di chi ne fa le veci.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Genitore/tutore legale del minore \_\_\_\_\_

Data e Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Dichiaro di essere stato/a informato/a riguardo la procedura RM e pertanto acconsento all'esecuzione dell'esame.

Lì, <data\_odierna> Firma del genitore o del tutore legale \_\_\_\_\_

Il Medico Responsabile dell'esame RM, preso atto delle risposte fornite dal paziente

**AUTORIZZA L'ESECUZIONE DELL'INDAGINE**

**SI**       **NO**

Lì, <data\_odierna> Firma del Medico Responsabile \_\_\_\_\_