Questionario somministrato da_____

(nome, cognome, qualifica professionale del membro dell'Equipe RM)

Riservata a visitatori, accompagnatori e a tutti coloro che accedono alla ZONA CONTROLLATA
Tale questionario ha lo scopo di accertare l'assenza di controindicazioni all'esposizione ai rischi legati ai campi elettromagnetici intensi presenti nelle ZONE CONTROLLATE all'interno del SITO RM

COGNOME _____ **NOME**_____

NATO A _____ **IL** _____

(Indicare se visitatore, accompagnatore o altro) _____

- Ha eseguito in precedenza esami RM? SI NO
- Ha avuto reazioni allergiche dopo somministrazione del mezzo di contrasto? 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
- Ultime mestruazioni avvenute: ……..

Ha subito interventi chirurgici su
testa collo addome
estremità torace altro……

- È a conoscenza di avere uno o più dispositivi medici o corpi metallici all'interno del corpo ? SI NO
- È portatore di pace-maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci? SI NO
- È portatore di schegge o frammenti metallici? SI NO
- È portatore di Clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello, endoscopiche? 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
- Atri 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, ecc.), viti, chiodi, filo, ecc.? SI NO
- Altre protesi ? Localizzazione …… SI NO
- Ritiene di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe NON esserne a conoscenza? SI NO
- Informazioni supplementari ……
- È affetto da anemia falciforme? SI NO
- È portatore di protesi del cristallino? SI NO
- È portatore di piercing? Localizzazione …… SI NO
- Presenta tatuaggi? Localizzazione…… SI NO
- Sta utilizzando cerotti medicali ? SI NO

Per effettuare l'esame RM occorre rimuovere: 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 - calze di nylon – indumenti in acrilico - pinzette metalliche - punti metallici - limette - forbici - altri eventuali oggetti metallici.
Prima di sottoporsi all'esame si prega di asportare cosmetici dal viso.
All'interno della ZONA CONTROLLATA non possono essere portati oggetti o dispositivi elettrici se non espressamente autorizzati dal personale presente nel sito RM deputato all'accompagnamento del soggetto durante la sua presenza. Il tempo di permanenza all'interno delle zone di rischio deve essere limitato allo stretto necessario per compiere le attività per le quali ne è stato consentito l'accesso e comunque nelle massime condizioni di ottimizzazione della sua sicurezza.

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 diagnostiche preliminari autorizza l'ACCESSO AL SITO RM

Firma del MEDICO RESPONSABILE DELLA SICUREZZA CLINICA E DELL'EFFICACIA DIAGNOSTICA DELL'APPARECCHIATURA RM o suo delegato

Firma (*) Data

…… ……

Consenso informato

Il soggetto deputato all'accesso ritiene di essere stato sufficientemente informato sui rischi e sulle controindicazioni legate all'esposizione ai campi elettromagnetici generati dall'apparecchiatura RM. Pertanto, cosciente dell'importanza delle risposte fornite, accede al sito RM consapevole dei rischi presenti.

Firma del soggetto deputato all'accesso Data

…… …..……