

Sistema Socio Sanitario OSPEDALE DEI BAMBINI Vittore Buzzi Regione Lombardia ASST Fatebenefratelli Sacco RADIOLOGIA NEURORADIOLOGIA PEDIATRICA	QUESTIONARIO PER ESECUZIONE DI RISONANZA MAGNETICA	Rev. 1	Pag. 1 di 1
		PBU-RNP-MS-001	

Cognome e Nome paziente _____ data nascita _____
 Peso Kg _____

1. Soffre di claustrofobia?	SI	NO
-----------------------------	----	----

2. E' portatore di pace-maker ?	SI	NO
--	----	----

3. Nel suo corpo ci sono elementi metallici (<i>frammenti, schegge, punti di sutura metallici</i>) o ha mai lavorato come saldatore, tornitore o carrozziere? <i>Specificare:</i> _____	SI	NO
--	----	----

4. Ha subito interventi chirurgici su (specificare intervento e anno):		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ cranio e collo (<i>clips metalliche su aneurismi, vasi, cervello; derivazioni liquorali; impianti auricolari, clips e/o stents su vasi del collo?</i>) <i>Specificare:</i> _____ 	SI	NO

<ul style="list-style-type: none"> ▪ torace (<i>valvole cardiache o stent coronarici?</i>) <i>Specificare:</i> _____ 	SI	NO
---	----	----

<ul style="list-style-type: none"> ▪ addome e arti inferiori <i>Specificare:</i> _____ 	SI	NO
---	----	----

5. E' portatore di protesi metalliche o di mezzi metallici di sintesi (<i>viti, chiodi, placche, distrattori</i>), di protesi acustiche, di protesi dentarie fisse o mobili, di protesi mammarie, di piercing, di tatuaggi, di parrucca? <i>Specificare:</i> _____	SI	NO
---	----	----

6. E' portatore di protesi del cristallino ? Data dell'intervento _____	SI	NO
--	----	----

7. E' portatore di lenti a contatto?	SI	NO
--------------------------------------	----	----

8. E' portatore di pompa /dispositivo sottocutaneo per infusioni (di insulina o altri farmaci) o di neurostimolatore?	SI	NO
---	----	----

8. E' portatrice di spirale endouterina?	SI	NO
--	----	----

9. E' in stato di gravidanza?	SI	NO	NON ESCLUDIBILE CON CERTEZZA
-------------------------------	----	----	------------------------------

10. E' portatore di cerotti per la somministrazione transdermica di farmaci?	SI	NO
--	----	----

Ha effettuato in passato esami di RM?	SI	NO
---------------------------------------	----	----

Data ___ / ___ / ___

Firma del Medico responsabile esecuzione RM _____