



R_RX_8-003-1 QUESTIONARIO ANAMNESTICO ESAME RISONANZA MAGNETICA

COGNOME e NOME del PAZIENTE _____
 DATA e LUOGO di NASCITA _____
 INDIRIZZO e LUOGO di RESIDENZA _____

Il "questionario anamnestico" ha lo scopo di accertare l'assenza di controindicazioni all'esame o la non pertinenza di specifici approfondimenti preventivi e deve essere attentamente compilato e firmato in calce dal Medico Responsabile della Prestazione Diagnostica, il quale, in relazione alle risposte fornite dal paziente, può concludere che non sussistano controindicazioni all'esame RM. La controfirma del paziente o del tutore legale (in caso di minore) a piè della medesima pagina, in calce alla formula del consenso, garantisce, fra le altre, anche la sua piena consapevolezza delle gravi conseguenze che possono rivestire risposte falsi o mendaci ai quesiti sottoposti.

- 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 o incidenti di caccia? SI NO
- E' stato vittima di traumi da esplosioni? SI NO
- E' in stato di gravidanza certa o presunta? SI NO
- Ultime mestruazioni avvenute: _____
- Ha mai avuto reazioni allergiche dopo mezzo di contrasto? SI NO
- Ha subito interventi chirurgici su: SI NO

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: SI NO
- 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 o elettrodi impiantati nel cervello o subdurali? SI NO
- Altri tipi di stimolatori? SI NO
- Dispositivo intrauterino (IUD)? SI NO
- Derivazione spinale o ventricolare? SI NO
- Protesi dentarie fisse o mobili? SI NO
- E' portatore di protesi del cristallino? SI NO
- E' portatore di piercing? SI NO

Localizzazione _____
 - Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari), viti, chiodi, fili, ecc. 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



Se si è risposto SI' ad una o più delle domande precedenti, portare la documentazione inerente il dispositivo o la certificazione di compatibilità rilasciata dal medio specialista.

- Informazioni supplementari: _____
- E' affetto da anemia falciforme? SI NO
- Presenta tatuaggi? SI NO
- Localizzazione _____
- Sta utilizzando cerotti medicali? SI NO

Per effettuare l'esame RM occorre togliere:

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 i cosmetici dal viso.

FIRMA DEL PAZIENTE PER PRESA VISIONE _____

=====

se il paziente non è in grado di firmare autonomamente o abbia precedentemente delegato altro soggetto

Il/la Sottoscritto/a _____ Nato il ___/___/___ a _____ ()

Residente in _____ () Via _____ N.° _____

in qualità di: **Tutore / Curatore Speciale / Amministratore di sostegno del paziente** (siglare la voce interessata)

Persona di fiducia / fiduciario nominato nelle DAT del paziente

FIRMA _____

=====

Rispetto al minore suddetto, in qualità di:

Padre **Madre** **Tutore/Curatore Speciale/Amministratore di sostegno**

Esercente/i LA RESPONSABILITA' GENITORIALE (*): **CONGIUNTA** **ESCLUSIVA** (* barrare la voce interessata)

FIRMA _____

=====

[barrare se il mediatore non è stato interpellato]

Io sottoscritto/a _____, in qualità di mediatore culturale aziendale, attesto di aver tradotto fedelmente sia il contenuto delle informazioni generali che tutto ciò che il medico ha comunicato in data odierna al/paziente.

In fede _____ (firma mediatore culturale)

=====

IL MEDICO RESPONSABILE DELL'ESAME RM

preso atto delle risposte fornite dal paziente ed espletata l'eventuale visita medica e/o ulteriori indagini diagnostiche preliminari

AUTORIZZA L'ESECUZIONE DELL'INDAGINE RM

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

Data _____

Redatto: Medici Radiologi	Verificato e Approvato: Direttore SC Radiodiagnostica Prof. A. Carriero	Data emissione: Novara, 03/08/2020	Stato documento: Rev. 0 del 29/07/2020	
R_RX_8-003-1 QUESTIONARIO ANAMNESTICO RM 200729.docx			Pag. 2 di 2	