

### Questionario anamnestico

Il questionario anamnestico ha lo scopo di accertare l'assenza di controindicazioni all'esame RM o la non pertinenza di specifici approfondimenti preventivi. Tale questionario deve essere attentamente compilato dall'equipe RM e firmato 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 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 sottopostigli.

- Ha eseguito in precedenza esami RM ? SI  NO
- Ha avuto reazioni allergiche dopo mezzo di contrasto 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 ? SI  NO
- Ultime mestruazioni avvenute: .....
- Ha subito interventi chirurgici su:
  - Testa..... SI  NO
  - Collo..... SI  NO
  - Torace..... SI  NO
  - Addome..... SI  NO
  - Estremità..... SI  NO
  - Altro..... SI  NO
- 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, ecc), viti, chiodi, filo, 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
- Informazioni supplementari:
  - E' affetto da anemia falciforme ? 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

**Per effettuare l'esame RM occorre togliere:**

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.

**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'ESECUZIONE DELL'INDAGINE RM**

Firma del Medico Responsabile dell'esame RM

Data

.....

.....

**CONSENSO INFORMATO ALL'ESAME RM**

Il paziente ritiene di essere stato sufficientemente informato sui rischi e sulle controindicazioni legate all'esposizione ai campi elettromagnetici generati dall'apparecchiatura RM. Pertanto, consapevole dell'importanza delle risposte fornite, acconsente all'esecuzione dell'esame RM.

Firma del paziente (\*)

Data

.....

.....

(\*) In caso di paziente minorenni è necessaria la firma di un genitore o di chi ne fa le veci.