

Dati del paziente

Cognome ..... Nome .....  
 Data e luogo di nascita ..... Peso (Kg) .....  
 Residenza ..... Recapito Tel. ....  
 Indagine richiesta ..... Reparto/Medico richiedente l'esame  
 RM .....

### Questionario Preliminare

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 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 sottoposti.

- **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 ?** 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** .....

- **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.....
- **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.

#### 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**

**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 l'esecuzione dell'esame.

**Firma del paziente (\*\*)**

**Data**

.....

.....

(\*) Il questionario a firma del Medico Responsabile della prestazione diagnostica ed i consensi informati legati sia all'esecuzione dell'indagine RM che alla somministrazione del mezzo di contrasto a firma del paziente devono essere necessariamente apposti su un unico foglio, anche eventualmente in modalità fronte/retro. Si raccomanda poi, se del caso, di prevedere consecutivamente (sullo stesso foglio o su un modello a parte) eventuali ulteriori consensi a firma del paziente, realizzati nelle modalità analoghe a quelle qui riportate a mero titolo di esempio.

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