

**DATI ANAGRAFICI E ANAMNESTICI A CURA DELL'UTENTE**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_ Sesso · M · F

Traumi · NO · SI, quali? \_\_\_\_\_

Interventi chirurgici · NO · SI, quali? \_\_\_\_\_

Asma o allergie · NO · SI, quali? \_\_\_\_\_

Peso (in Kg): \_\_\_\_\_ per peso superiore a kg 120 si prega di avvisare la segreteria.

**DATI CLINICO ANAMNESTICI A CURA DEL MEDICO RICHIEDENTE**

Distretto da esaminare \_\_\_\_\_ Sospetto diagnostico: \_\_\_\_\_

Rilievi anamnestici: \_\_\_\_\_

**INFORMATIVA PER L'UTENTE:** Durante l'esame, che dura dai 30 ai 60 minuti, qualsiasi movimento del paziente può compromettere la qualità dell'esame, è necessario pertanto mantenere una assoluta immobilità. Il rumore ritmico che percepirà durante l'esame è assolutamente normale. L'esame non è doloroso, tuttavia si potrebbero percepire sensazioni di riscaldamento, contrazioni o pulsazioni muscolari, di cui raccomandiamo di informarne il tecnico esecutore. L'indagine mediante risonanza magnetica non utilizza raggi x, ma un campo magnetico ed onde in radiofrequenza, pertanto non comporta rischi noti. Tuttavia, per poter eseguire l'esame, è necessario che non sussistano controindicazioni assolute e che eventuali controindicazioni relative siano oggetto di valutazione del medico. Alle pazienti che utilizzano dispositivi IUD è consigliata una visita ginecologica dopo l'esame. Le chiediamo, pertanto, di compilare con attenzione il questionario seguente.

**Il paziente non può eseguire l'esame di RM se esistono una delle seguenti CONTROINDICAZIONI ASSOLUTE:**

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>· SI · NO pace-maker o defibrillatore interno non RM compatibile</li> <li>· SI · NO protesi oculari magnetiche</li> <li>· SI · NO frammenti metallici intraoculari</li> <li>· SI · NO clips vascolari cerebrali</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>· SI · NO catetere di Swan - Ganz</li> <li>· SI · NO protesi cocleari, neurostimolatori, connettori metallici di shunt ventricolari-peritoneali, pompe per infusione di farmaci (es. microinfusioni di insulina)</li> </ul> |
|---|--|

**Il paziente può eseguire l'esame previa valutazione medica se sussistono una o più delle seguenti CONTROINDICAZIONI RELATIVE**

\*: In caso di risposta affermativa è necessario fornire la specifica documentazione di compatibilità magnetica.

- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>· SI · NO clips vascolari</li> <li>· SI · NO protesi o viti ortopediche</li> <li>· SI · NO protesi al cristallino</li> <li>· SI · NO protesi otologiche (orecchio medio)*</li> <li>· SI · NO espansioni mammarie</li> <li>· SI · NO protesi valvolari cardiache *</li> <li>· SI · NO protesi peniene*</li> <li>· SI · NO impianti oculari (punti retinici)*</li> <li>· SI · NO punti metallici da pregresso intervento</li> <li>· SI · NO schegge metalliche, proiettili</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>· SI · NO cateteri di derivazione spinale o ventricolare*</li> <li>· SI · NO anemia falciforme</li> <li>· SI · NO filtri vascolari, stent</li> <li>· SI · NO spirale intrauterina (IUD)</li> <li>· SI · NO diaframma contraccettivo*</li> <li>· SI · NO tatuaggi estesi</li> <li>· SI · NO claustrofobia</li> <li>· SI · NO pompe impiantabili per infusione di farmaci*</li> <li>· SI · NO stato di gravidanza (certo o presunto)</li> </ul> |
|--|--|

**INDICAZIONI IMPORTANTI PER IL GIORNO DELL'ESAME:** Le raccomandiamo di portare con se l'impegnativa e tutta la documentazione clinico-diagnostica (cartelle cliniche, radiogrammi, referti). Prima dell'esame si dovrà togliere: lenti a contatto, dentiere, corone temporanee mobili, apparecchi per l'udito; oggetti metallici (telefonino, anelli, bracciali, occhiali, orologio, chiavi, monete, forcine, bottoni metallici, cinture, ecc.); tesserini magnetici (carte di credito, bancomat, ecc.), cosmetici del volto con sostanze ferromagnetiche (possono disturbare l'esame).

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO:** Dichiaro di avere risposto con precisione alle domande sopra elencate e di essere stato adeguatamente informato sull'indagine che devo effettuare ed esprimo a tal fine il mio consenso (per esami al minore firma dell'esercente la patria potestà)

data \_\_\_\_\_ firma dell'utente \_\_\_\_\_

**IL MEDICO RICHIEDENTE:** per presa visione del questionario anamnestico

data \_\_\_\_\_ timbro e firma del medico richiedente \_\_\_\_\_

**IL TECNICO RADIOLOGO** \_\_\_\_\_**IL RADIOLOGO:** per il nulla osta all'esame: Data \_\_\_\_\_ Firma del radiologo \_\_\_\_\_