



U.O. di DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Responsabile: Dott.ssa E. Ciortan

QUESTIONARIO ANAMNESTICO ESAME RMN

Il "questionario anamnestico" ha lo scopo di accertare l'assenza di controindicazioni all'esame e deve essere attentamente compilato e firmato dal Medico Radiologo Responsabile dell'esecuzione dell'esame che, per le sue valutazioni, si avvale anche delle risposte fornite dal paziente o dal tutore legale (ad esempio in caso di minore).

Paziente/utente:

Nome e cognome: _____

Timbro e firma Medico di Reparto
(in caso di degente)

Luogo di nascita _____ Nato/a il _____

IN CASO DI PAZIENTE MINORE (indicare le generalità dei genitori)

Nome e cognome del padre..... Data di nascita

Nome e cognome della madre Data di nascita

IN CASO DI PAZIENTE CON TUTELA

Rappresentante Legale **Amministratore di sostegno** **Tutore/Curatore** (come da provvedimento del Giudice Tutelare allegato)

Nome e cognome: Data di nascita

PRESENZA DI INTERPRETE E/O TESTIMONE

NO **SI** (si allega relativa modulistica)

ALTEZZA (cm).....

PESO (Kg).....

CONTROINDICAZIONI ASSOLUTE ALL'ESAME

In presenza dei seguenti dispositivi **NON** è possibile eseguire l'esame:

- Pace-Maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci?	SI	NO
- Dispositivi per il monitoraggio cardiaco (loop recorder), pressorio, etc.?	SI	NO
- Defibrillatori impiantati?	SI	NO
- Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali?	SI	NO
- Altri tipi di stimolatori e/o apparecchi elettronici?	SI	NO

CONTROINDICAZIONI RELATIVE

In presenza dei seguenti dispositivi è possibile eseguire l'esame solo dopo una valutazione della compatibilità dei suddetti all'indagine di RMN ad alto campo (1,5 Tesla):

- Clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello?	SI	NO
- Protesi valvolari cardiache	SI	NO
- Protesi vascolari - stents?	SI	NO
- Derivazione spinale o ventricolare?	SI	NO
- Protesi metalliche (fratture, interventi correttivi articolari) viti, chiodi, fili, etc.?	SI	NO
- Altre protesi, localizzazione	SI	NO
- Pompa per infusione di insulina o altri farmaci?	SI	NO



U.O. di DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Responsabile: Dott.ssa E. Ciortan

INFORMAZIONI GENERALI ANAMNESTICHE

- Ha eseguito in precedenza esami di Risonanza Magnetica?	SI	NO
- Soffre di claustrofobia?	SI	NO
- Ha mai avuto reazioni allergiche dopo mezzo di contrasto?	SI	NO
- Ha mai avuto reazioni allergiche all'assunzione di farmaci? Quali farmaci?	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
- Attualmente è in stato di gravidanza certa o presunta?	SI	NO
- E' affetto da anemia falciforme?	SI	NO
- Ha subito interventi chirurgici?	SI	NO
- Se ha subito interventi chirurgici, indichi quali:		
- Schegge o frammenti metallici?	SI	NO
- Distrattori della colonna vertebrale?	SI	NO
- Espansori per protesi mammarie?	SI	NO
- Corpi metallici nelle orecchie o impianti per udito?	SI	NO
- Dispositivo intrauterino (IUD)?	SI	NO
- Protesi dentarie fisse o mobili?	SI	NO
- È portatore di piercing? Localizzazione	SI	NO
- Presenta tatuaggi? Localizzazione	SI	NO
- È portatore di protesi di cristallino?	SI	NO
- Sta utilizzando cerotti medicati?	SI	NO
- Ritiene di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe NON esserne a conoscenza?	SI	NO

Per effettuare l'esame RMN 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 - pinzette metalliche - punti metallici - limette - forbici - altri eventuali oggetti metallici. Prima di sottoporsi all'esame si prega di asportare cosmetici dal viso.

Preso atto delle risposte fornite dal paziente ed espletata l'eventuale visita medica e/o ulteriori indagini diagnostiche preliminari il Medico Responsabile dell'esame **AUTORIZZA L'ESECUZIONE DI INDAGINE RMN**

Data _____

TIMBRO E FIRMA del MEDICO RADIOLOGO

IL PAZIENTE

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

Data _____ Ora _____

FIRMA DELL'INTERESSATO

(o dei genitori e /o del rappresentante legale, e/o interprete/testimone)

Il trattamento dei dati personali è conforme alle disposizioni contenute nel D.LGS. 30 giugno 2003, n. 196 Codice in materia di protezione dei dati personali.