



**DATI PERSONALI**

Nome:	Peso: kg	Data di Nascita:	Telefono:
Cognome:	Altezza: cm	Indirizzo:	

<b>DATI ANAMNESTICI</b>		raccolti in data:	<b>SÌ</b>	<b>NO</b>
Ha eseguito in precedenza esami RM?			▪	▪
Soffre di claustrofobia?			▪	▪
Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere?			▪	▪
Ha mai subito incidenti stradali, incidenti di caccia?			▪	▪
È stato vittima di traumi da esplosioni?			▪	▪
E' in stato di gravidanza? (ultime mestruazioni avvenute: _____)			▪	▪
Ha subito interventi chirurgici su:	Testa (_____)		▪	▪
	Collo (_____)		▪	▪
	Addome (_____)		▪	▪
	Estremità (_____)		▪	▪
	Altro (_____)		▪	▪
È a conoscenza di avere uno o più dispositivi medici o corpi metallici all'interno del corpo?			▪	▪
È portatore di pace-maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci?			▪	▪
È portatore di schegge o frammenti metallici?			▪	▪
È portatore di:	Clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello ?		▪	▪
	Valvole cardiache?		▪	▪
	Stents?		▪	▪
	Defibrillatori impiantati?		▪	▪
	Distrattori della colonna vertebrale?		▪	▪
	Pompa di infusione per insulina o altri farmaci?		▪	▪
	Corpi metallici nelle orecchie o impianti per udito?		▪	▪
	Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali?		▪	▪
	Altri tipi di stimolatori?		▪	▪
	Corpi intrauterini?		▪	▪
	Derivazione spinale o ventricolare?		▪	▪
	Protesi dentarie fisse o mobili?		▪	▪
	Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, ecc.), viti, chiodi, filo, ecc.?		▪	▪
Altre protesi? (localizzazione _____)		▪	▪	
Potrebbe avere protesi/apparecchi/corpi metallici nel corpo di cui potrebbe NON essere a conoscenza?			▪	▪

<b>INFORMAZIONI SUPPLEMENTARI</b>		raccolte in data:	<b>SÌ</b>	<b>NO</b>
È affetto da anemia falciforme?			▪	▪
È portatore di protesi del cristallino?			▪	▪
È portatore di piercing? (localizzazione _____)			▪	▪
Presenta tatuaggi? (localizzazione _____)			▪	▪
Sta utilizzando cerotti medicali?			▪	▪



**Note anamnestiche aggiuntive a cura del medico responsabile della prestazione:**

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 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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_