



S.C. RADIOLOGIA Vizzolo Predabissi	Questionario Specifico Scheda di Accesso RISONANZA MAGNETICA Riservata a visitatori, accompagnatori e a tutti coloro che accedono alla ZONA CONTROLLATA	Vers. Feb/2019
---	--	----------------

La verifica anamnestica ha lo scopo di accertare l'assenza di controindicazioni all'esposizione ai rischi legati ai campi elettromagnetici intensi presenti nelle ZONE CONTROLLATE all'interno del SITO RM. Tale questionario deve essere attentamente compilato e firmato in calce dal MEDICO RADIOLOGO RESPONSABILE DELL'APPARECCHIATURA RM o da altro medico delegato, il quale, in relazione alle risposte fornite, è tenuto a valutare se sussistono controindicazioni all'accesso.

COGNOME NOME

Nato/a il/...../...../

MOTIVO DELL'ACCESSO: VISITATORE ACCOMPAGNATORE
ALTRA (specificare)

- Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere etc.? si no
- Ha mai subito incidenti stradali o di caccia? si no
- È stato vittima di traumi da esplosioni? si no
- E' a conoscenza di avere uno o più dispositivi medici o corpi metallici all'interno del corpo ? si no
- È in stato di gravidanza? si no
- Data delle ultime mestruazioni
- Ha subito interventi chirurgici su:

Testa	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	Addome	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Collo	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	Estremità	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Torace	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	Altro	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>

E'portatore di:

1. Pace-Maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci? si no
2. Schegge o frammenti metallici? si no
3. Clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello? si no
4. Valvole cardiache? si no
5. Stent? si no
6. Defibrillatori impiantati? si no
7. Distrattori della colonna vertebrale? si no
8. Pompa di infusione per insulina o altri farmaci? si no
9. Corpi metallici nelle orecchie o impianti per udito? si no
10. Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali? si no
11. Altri tipi di stimolatori? si no
12. Corpi intrauterini? si no
13. Derivazione spinale o ventricolare? si no
14. Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, etc)? si no
15. Viti, chiodi, filo, etc... ? si no
16. Altre protesi? si no
Localizzazione
17. 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 :

1. E' portatore di protesi del cristallino ? si no
2. E' portatore di piercing?: si no
Localizzazione
3. Sta utilizzando cerotti medicali ? si no

Per accedere alla ZONA CONTROLLATA occorre rimuovere:

Eventuali lenti a contatto, apparecchi per l'udito, protesi dentali mobili, cinta sanitaria. Togliere fermagli per capelli, mollette, occhiali, gioielli, orologi, fermagli ,spille, vestiti con lampo o bottoni metallici, monete, chiavi, ganci automatici e qualunque tipo di oggetto metallico, oltre a carte di credito e schede magnetiche.
All'interno della ZONA CONTROLLATA non possono essere portati oggetti o dispositivi elettrici se non espressamente autorizzati dal personale presente nel sito RM deputato all'accompagnamento del soggetto durante la sua presenza.
Il tempo di permanenza all'interno delle zone a rischio deve essere limitato allo stretto necessario per compiere le attività per le quali ne è stato consentito l'accesso e comunque nelle massime condizioni di ottimizzazione della sua sicurezza.

IL MEDICO RADIOLOGO RESPONSABILE o suo delegato preso atto delle risposte fornite dal soggetto ed espletati tutti gli accertamenti del caso autorizza l'accesso al sito RM.

Firma e timbro del Medico Responsabile
o suo delegato

data

.....

Consenso informato

Il Sig./Sig.ra deputato all'accesso 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, accede al sito RM consapevole dei rischi presenti.

Firma del soggetto deputato all'accesso (*)

data

.....

(*) Al fine di semplificare le procedure di accesso, compilata la scheda la prima volta, per gli accessi successivi è possibile prevedere anche la possibilità di confermare ad ogni ingresso successivo che nulla è cambiato nel soggetto ai fini delle verifica delle controindicazioni previste nel questionario anamnestico, viene confermata la sua consapevolezza dei rischi presenti nel sito RM e della conoscenza delle procedure a cui attenersi, prevedendo la firma del soggetto, del MEDICO RESPONSABILE DELL'APPARECCHIATURA RM o suo delegato che ne ha autorizzato l'accesso e la data.