



U.O RADIOLOGIA

Ospedale di Vizzolo Predabissi -

QUESTIONARIO ANAMNESTICO PRELIMINARE ALL'ESECUZIONE DI UN ESAME RMN

Il "questionario anamnestico" ha lo scopo di accertare l'assenza di controindicazioni all'esame RM. Tale questionario deve essere attentamente compilato e firmato dal Medico Responsabile dell'esame diagnostico, avvalendosi della collaborazione del paziente. Risposte affermatrici ad uno o più quesiti possono comportare controindicazione anche assoluta all'esecuzione dell'esame RM.

Nome **Cognome**.....

data di nascita/...../...../

Peso Kg **Inviato da**

- Ha eseguito in precedenza esami RM ? si ☐ no ☐
- Soffre di claustrofobia? si ☐ no ☐
- Ha avuto reazioni allergiche dopo mezzo di contrasto RM ? si ☐ no ☐
- 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 ☐ no ☐	Addome	si ☐ no ☐
Collo	si ☐ no ☐	Estremità	si ☐ no ☐
Torace	si ☐ no ☐	Altro	si ☐ no ☐

E'portatore di:

- Pace-Maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci? si ☐ no ☐
- Schegge o frammenti metallici? si ☐ no ☐
- Clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello? si ☐ no ☐
- Valvole cardiache? si ☐ no ☐
- Stent? 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 ☐
- Altri tipi di stimolatori? si ☐ no ☐
- Corpi intrauterini? si ☐ no ☐
- Derivazione spinale o ventricolare? si ☐ no ☐
- Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, etc)? si ☐ no ☐
- Viti, chiodi, filo, etc... ? si ☐ no ☐
- Altre protesi? si ☐ no ☐
- 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

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| • E' affetto da anemia falciforme ? | si ☐ | no ☐ |
| • E' portatore di protesi del cristallino ? | si ☐ | no ☐ |
| • Protesi dentarie (fisse o mobili)? | si ☐ | no ☐ |
| • E' portatore di piercing ? | si ☐ | no ☐ |
| Localizzazione | | |
| • Presenta tatuaggi ? | si ☐ | no ☐ |
| Localizzazione | | |
| • Sta utilizzando cerotti medicali ? | si ☐ | no ☐ |

Per effettuare l'esame occorre:

- Togliere eventuali lenti a contatto, apparecchi per l'udito, protesi dentali mobili, cinta sanitaria.
- Togliere fermagli per capelli, mollette, occhiali, gioielli, orologi, fermagli, monete, chiavi, ganci automatici e qualunque tipo di oggetto metallico, oltre a carte di credito e schede magnetiche.
- Togliere cosmetici dal volto.

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 e timbro del Medico Responsabile
dell'esame RM

data

.....