CASA DI CURA IGEA

SERVIZIO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Responsabile Medico: A. Esseridou
Co-Responsabile: S. M. De Simoni
Responsabile Tecnico: R. Moltrasi

QUESTIONARIO ANAMNESTICO ESAME RMN

Rif. D.M. 14.01.2021

Il "*questionario anamnestico*" ha lo scopo di accertare l'assenza di controindicazioni all'esame e deve essere attentamente compilato. Sulla base delle risposte fornite dal paziente o dal tutore legale viene firmato per autorizzazione dal Medico Radiologo Responsabile dell'esecuzione dell'esame.

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]**

-	Ha già eseguito in precedenza esami di Risonanza Magnetica?	SI	NO
-	È portatore di Pace maker o Loop Recorder?	SI	NO
-	È portatore di defibrillatori impiantati o altri tipi di cateteri cardiaci (ICD)?	SI	NO
-	È portatore di neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali? Se si, da quando? Anno_____ Possiede certificazione? SI (da allegare) NO	SI	NO
-	Derivazione spinale o ventricolare?	SI	NO
-	È portatore di altri tipi di stimolatori?	SI	NO
-	È portatore di clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello? Se si, da quando? Anno_____	SI	NO
-	È portatore di valvole cardiache o stent? Se sì da quando? Anno_____ Possiede certificazione? SI (da allegare) NO	SI	NO
-	È portatore di distrattori della colonna vertebrale?	SI	NO
-	È portatore di pompa di infusione per insulina o altri farmaci?	SI	NO
-	È portatore di corpi metallici nelle orecchie o impianti per l'udito? Se si, possiede certificazione? SI (da allegare) NO	SI	NO

- È a conoscenza di avere dispositivi medici o corpi metallici nel corpo?	SI	NO
- Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere?	SI	NO
- Dispositivo intrauterino (IUD)?	SI	NO
- Ha mai subito incidenti stradali o incidenti di caccia?	SI	NO
- È in stato di gravidanza certa o presunta?	SI	NO
- Soffre di claustrofobia?	SI	NO
- Protesi dentarie fisse o mobili?	SI	NO
- Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, etc), viti, chiodi, filo, etc.? Se si, da quando? Anno_____ Possiede certificazione? SI (da allegare) NO	SI	NO
- È portatore di piercing o tatuaggi? Se si, indicare la sede_____	SI	NO
- Sta utilizzando cerotti medicali?	SI	NO
- Ha subito interventi chirurgici su: Testa _____ Occhi _____ Collo _____ Torace _____ Addome _____ Estremità _____ Altro _____	SI	NO
- È portatore di espansori per protesi mammarie? Se si, possiede certificazione? SI (da allegare)	SI	NO
- È portatore di protesi del cristallino?	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.

Sigla del componente dell'equipe RM che ha sottoposto il questionario _____

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 RESPONSABILE DELL'ESAME

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 è conforme alle disposizioni contenute ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 in materia di protezione dei dati personali e dal D.lgs. 10/08/2018 n.101.

Sistema Sanitario Regione Lombardia