

**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

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Nato/a il \_\_\_\_\_

(in caso di degente)

**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

**SERVIZIO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI**

Responsabile Medico: A. Esseridou

Co-Responsabile: S. M. De Simoni

Responsabile Tecnico: R. Moltrasi

**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
- È stato vittima di traumi da esplosioni?	SI	NO
- Attualmente è in stato di gravidanza certa o presunta?	SI	NO
- È 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
- Protesi dentarie fisse o mobili?	SI	NO
- È portatore di piercing?	SI	NO
- Ha tatuaggi eseguiti negli ultimi 30 giorni?	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.

*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.*