

APPARECCHIATURA A RISONANZA MAGNETICA QUESTIONARIO PER I PAZIENTI

Vimodrone, li _____

Cognome _____ Nome _____

Nato il _____ Residente in _____ Via _____

Tel _____ Peso [kg] _____

Gentile Sig.re/ra, la Risonanza Magnetica è un esame viene effettuato utilizzando un campo magnetico e onde radio, per cui è esente da rischi da radiazioni ionizzanti o sostanze radioattive. L'esame non è doloroso né fastidioso. Lei dovrà mantenere per un certo tempo l'assoluta immobilità per consentire l'acquisizione di informazioni diagnostiche della migliore qualità. Durante l'esame sentirà un rumore ritmico, che dipende dal normale funzionamento dell'apparecchiatura.

Prima di essere sottoposto all'esame RM, la invitiamo a collaborare con il Medico al fine di una corretta compilazione del seguente questionario, utile a escludere ogni possibile controindicazione all'esame stesso.

Chi la invia per l'esame?.....

Sospetto diagnostico da parte del curante.....

Perché esegue questo esame?.....

Che cosa prova all'articolazione da esaminare?

Dolore[] Fastidio[] Instabilità [] Blocco Articolare [] Gonfiore []

Sede del dolore : Anteriore [] Posteriore [] Esterno [] Interno [] Laterale [] Mediale []

Da quando (all'incirca) è cominciato?.....

Ha avuto un trauma all'articolazione da esaminare? SI [] NO []

Se SI il trauma è recente o in passato?

Ha avuto interventi all'articolazione in esame, se si cosa?.....

Ha già eseguito in precedenza esami RM? [SI] [NO]

Se sì, di quale parte del corpo? _____

Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere o qualsiasi

lavoro che comporti la possibilità di avere schegge metalliche? [SI] [NO]

Ha mai subito incidenti stradali, di caccia o da esplosione? [SI] [NO]

È in stato di gravidanza? [SI] [NO]

Data ultima mestruazione _____

Interventi chirurgici su:

testa _____ addome _____

collo _____ estremità _____

torace _____ altro _____

È portatore di:

- schegge o frammenti metallici? [SI] [NO]
- clips su aneurismi (vasi sanguigni) aorta-cervello? [SI] [NO]
- valvole cardiache, stents? [SI] [NO]
- defibrillatori impiantati? [SI] [NO]
- espansori per protesi mammarie? [SI] [NO]
- distrattori della colonna vertebrale? [SI] [NO]
- pompa di infusione per insulina o altri farmaci? [SI] [NO]

- | | | |
|---|------|------|
| - pace-maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci? | [SI] | [NO] |
| - corpi metallici nelle orecchie o impianti per udito? | [SI] | [NO] |
| - neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali? | [SI] | [NO] |
| - corpi intrauterini (spirale anticoncezionale, dispositivi IUD) | [SI] | [NO] |
| - derivazione spinale o ventricolare? | [SI] | [NO] |
| - protesi metalliche (per fratture, interventi correttivi articolari ecc.), viti, chiodi, filo, ecc.? | [SI] | [NO] |
| - protesi dentarie fisse o mobili? | [SI] | [NO] |
| - protesi del cristallino? | [SI] | [NO] |
| Se sì, indicare in che data è stato effettuato l'impianto ___ / ___ / _____ | | |
| - cerotti medicali transdermici? | [SI] | [NO] |
| - piercing o tatuaggi? | [SI] | [NO] |
| È affetto da anemia falciforme? | [SI] | [NO] |
| Soffre di allergie? | [SI] | [NO] |
| Se sì, quali? _____ | | |

Per effettuare l'esame 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, telefoni cellulari, dispositivi elettronici, ganci automatici, bottoni metallici, spille, vestiti con lampo, punti metallici (ad es. applicati agli indumenti in tintoria), limette, forbici e altri eventuali oggetti metallici.

IL MEDICO RESPONSABILE 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

Data

Il medico responsabile dell'esame RM

TSRM Effettuante L'esame

Consenso informato del paziente all'esecuzione dell'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.

Data

Firma del Paziente (o di chi ne fa le veci)
