



**QUESTIONARIO PRELIMINARE ALL'ESECUZIONE DI ESAME R.M**

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /20 \_\_\_\_

Il/la Sig. \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Peso Kg \_\_\_\_\_

- Soffre di claustrofobia? SI NO
- Ha mai lavorato-lavora come saldatore, tornitore, carrozziere? SI NO
- E' stato vittima di traumi :incidenti stradali o da caccia o esplosioni? SI NO
- E' in stato di gravidanza SI NO
- Data ultime mestruazioni / /

Ha subito interventi chirurgici su: specificare l'anno degli interventi

testa..... addome ..... collo .....  
estremità ..... torace..... altri.....

**E' portatore di :**

- Schegge, frammenti metallici, tatuaggi, trucco permanente? SI NO
- Clip su aneurismi ,vasi sanguigni, aorta-cervello? Anno dell'intervento..... SI NO
- Protesi valvolari cardiache? Portare cartellino identificativo o compatibilità RM SI NO
- **Pace-Maker cardiaco** o altri tipi di cateteri cardiaci? SI NO
- Pompa di infusione per insulina o altri farmaci? SI NO
- Distrattori della colonna vertebrale? SI NO
- Protesi acustiche o impianti per udito? SI NO
- Neuro stimolatori, elettrodi intracerebrali? SI NO
- Spirali intrauterine? Protesi peniene? Protesi mammarie? SI NO
- Derivazione spinale o ventricolare? SI NO
- Protesi metalliche, viti, chiodi, filo metallico ecc.? Dove?..... SI NO
- Protesi dentarie fisse o mobili? SI NO
- Protesi del cristallino? Data dell'intervento ..... SI NO
- E' affetto da anemia falciforme? SI NO
- E' allergico? A quali sostanze? SI NO
- Ha avuto precedenti reazioni allergiche ai mezzi di contrasto? SI NO

**PER EFFETTUARE L'ESAME OCCORRE:**

Togliere lenti a contatto, apparecchi per l'udito, dentiere, , cinta sanitaria, 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 cerniere lampo, pinzette metalliche, limette, forbici e altri oggetti metallici. **Asportare cosmetici dal volto.**

Firma del paziente  
o chi ne esercita la potestà

Firma e matricola medico richiedente

Firma e matricola medico  
responsabile esecuzione esame

