

Dir. San. Dott. Gianluca Rampino Cordaro

C.F., P. IVA e Reg. Imprese 00268100302 Cap. Soc. \in 123.200,00 I.V.

Via T. Ciconi 10, 33100 Udine **Tel**. 0432 585211 **Fax**. 0432 585250

e-mail info@coram.it web www.coram.it

QUESTIONARIO ANAMNESTICO ESAME RM

COPIA ORIGINALE	PQ	Pag. 1 di 2

medica e/ o ulteriori indagini diagnostiche preliminari: □ AUTORIZZA □ NON AUTORIZZA L'ESECUZIONE DELL'INDAGINE RM Firma del Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame RM Data	QUESTI			IESTICO ESA			
Ha eseguito in precedenza esami RM? (Se si, in che anno?		i:		(prov di) II:	reside	ente a
Ha eseguito in precedenza esami RM? (Se sl., in che anno?	·	// PIAZZA					
Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere? SI NO Ha mai subito incidenti stradali, incidenti di caccia? SI NO E stato vittima di traumi da esplosioni? SI NO E stato vittima di traumi da esplosioni? SI NO Data ultima mestruazione: Ha mai avuto reazioni allergiche dopo mezzo di contrasto? SI NO Soffre di claustrofobia? SI NO Soffre di claustrofobia. Si NO Soffre di pierosofi di cristallino? (data interventi correttivi articolari, etc), viti, chiodi, filo, etc? Si NO Soffre di pierosofi di cristallino? (data interventi correttivi articolari, etc), viti, chiodi, filo, etc? Si NO Soffre di pierosofi? (docalizzazione Si NO Soffre di pierosofi di cristallino? (data interventi correttivi articolari, etc), viti, chiodi, filo, etc? Si NO Soffre di pierosofi di cri		se si in ch	e anno?)	SI	NO
Ha mai subito incidenti stradali, incidenti di caccia? E stato vittima di traumi da esplosioni? E in stato di gravidanza certa o presunta? SI NO Data utilima mestruazione: Ha mai avuto reazioni allergiche dopo mezzo di contrasto? SI NO Soffre di claustrofobia? Ha subito interventi chirurgici su: (segnare SI o NO) Testa Addome				zioro?			
E stato vittima di traumi da espiosioni? E in stato di gravidanza certa o presunta? SI NO Data ultima mestruazione: Ha mai avuto reazioni allergiche dopo mezzo di contrasto? SI NO Soffre di claustrofobia? SI NO Estremità Torace Occhi data (anno). Estremità Torace Occhi data (anno). E portatore di: PaceMaker cardiaco o altri tipi di cateteri SI NO Clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, SI NO Clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, SI NO Distrattori della colonna vertebrale? SI NO Distrattori della colonna vertebrale? SI NO Distrattori della colonna vertebrale? SI NO Derivazione spinale o ventricolare? SI NO Derivazione spinale o ventricolare? SI NO Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, etc), viti, chiodi, filo, etc? SI NO E portatore di protesi del cristallino? (data intervento. B NO SI NO E affetto da anema falciforme? Il medico responsabile dell'essecuzione dell'esame RM Data Firma dell'Utente/Tutore (ed eventuale interprete) Data		di coccio?	·····				
E in stato di gravidanza certa o presunta? Data utilina mestruazione: Ha mai avuto reazioni allergiche dopo mezzo di contrasto? Soffre di claustrofobia? Ha subito interventi chirurgici su: (segnare SI o NO) Testa Addome. Estemità Torace. Occhi						<u>ا</u>	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •
Data ultima mestruazione: SI NO Soffred iclaustrofobia? SI NO Session SI NO Session SI NO Session SI NO Schegge of trammenti metallici? SI NO Si NO Schegge of trammenti metallici? SI NO Si NO Si NO Schegge of trammenti metallici? SI NO Si N		,					
Ha mai avuto reazioni allergiche dopo mezzo di contrasto? SI NO Soffre di claustrofobia? SI NO Soffre di claustrofobia? SI NO Ha subito interventi chirurgici su: (segnare SI o NO) Testa Addome Collo Estremità Torace Occhi data (anno). Estremità Torace Occhi dell'esame RM Data Il subtrolatori alla subtrolatori alla subtrolatori alla subtrolatori alla subtrolatori della colonna vertebrale? SI NO Defibrillatori impiantati? SI NO Defibrillatori della colonna vertebrale? SI NO Defibrillatori impiantati nel corpina infusione per insulina/altri farmaci? Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel corpina infusione per insulina/altri farmaci? Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel corpina infusione per insulina/altri prompa infusione per insulin	I lata Hitima maetrilaziona:						
Ha subito interventi chirurgici su: (segnare SI o NO) Testa Addome	Ha mai avuto reazioni allergiche dopo me	zzo di con	trasto?			SI	NO
Estremità Torace							
E aconoscenza di avere uno o più dispositivi medici o corpi metallici all'interno del corpo? E portatore di: PaceMaker cardiaco o altri tipi di cateteri SI NO cardiaci? Clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, SI NO cervello? Stents? Distrattori della colonna vertebrale? SI NO Distrattori della colonna vertebrale? SI NO Corpi metallici nelle orecchie o impianti per udito? Altri tipi di stimolatori? Derivazione spinale o ventricolare? SI NO Derivazione spinale o ventricolare? SI NO Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, etc), viti, chiodi, filo, etc? SI NO Ritiene di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe NON esserne a conoscenza? E portatore di protesi del cristallino? (data intervento. Protasi entia contatto? SI NO Protasi lentia contatto? SI NO E portatore di protesi? Corpi metallico responsabile dell'esame RM preso atto delle risposte fornite dal paziente ed espletata l'eventuale visita medica e/ o ulteriori indagini diagnostiche preliminari: AUTORIZZA Data SI NO Data Firma del Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame RM Firma del Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame RM Firma dell'Utente/Tutore (ed eventuale interprete) Data							
E portatore di: PaceMaker cardiaco o altri tipi di cateteri SI NO cardiaci? Clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, SI NO Cervello? Stentis? Distrattori della colonna vertebrale? SI NO Defibrillatori impiantati? Pompa infusione per insulina/altri si No Corpi metallici nelle orecchie o impianti per si NO Dispositivo intrauterino (iUD)? Altri tipi di stimolatori? SI NO Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, etc), viti, chiodi, filo, etc? SI NO Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, etc), viti, chiodi, filo, etc? SI NO Ritiene di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe NON SI NO Ritiene di protesi del cristallino? (data intervento) E portatore di protesi del cristallino? (data intervento					iterno del corpo?	SI	NO
cardiaci? Cilps su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello? Stents? Si NO Distrattori della colonna vertebrale? Si NO Corpi metallici nelle orecchie o impianti per udito? Altri tipi di stimolatori? Altri tipi di stimolatori? Derivazione spinale o ventricolare? Si NO Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, etc.), viti, chiodi, filo, etc? Si NO Ritiene di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe NON esserne a conoscenza? E portatore di protesi del cristallino? (data intervento							
cardiaci? Cilps su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello? Stents? Si NO Distrattori della colonna vertebrale? Si NO Corpi metallici nelle orecchie o impianti per udito? Altri tipi di stimolatori? Altri tipi di stimolatori? Derivazione spinale o ventricolare? Si NO Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, etc.), viti, chiodi, filo, etc? Si NO Ritiene di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe NON esserne a conoscenza? E portatore di protesi del cristallino? (data intervento				ļ			
Clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello? Stents? Distrattori della colonna vertebrale? Corpi metallici nelle orecchie o impianti per udito? Altri tipi di stimolatori? Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, etc), viti, chiodi, filo, etc? Filime di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe NON esserne a conoscenza? E portatore di pierciag? (Localizzazione Presenta tatuaggi? (Localizzazione Presenta tatuaggi? (Localizzazione Protesi den anemia faiciforme? 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 Data Valvole cardiache? SI NO Defibrillatori impiantati? Pompa infusione per insulina/altri farmaci? Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali? SI NO Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali? SI NO Protesi dentarie fisse o mobili? SI NO Altre protesi (Localizzazione SI NO SI NO SI NO SI NO SI NO Protatore di protesi del cristallino? (data intervento. SI NO Presenta tatuaggi? (Localizzazione SI NO Potra le lenti a contatto? SI NO SI utilizzando cerotti medicali? E affetto da anemia faiciforme? SI NO 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 NON AUTORIZZA Data Prima del Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame RM Data	•	teteri SI	NO	Schegge of	o frammenti metallici?	SI	NO
Stentis? Si NO Distrattori della colonna vertebrale? Si NO Distrattori della colonna vertebrale? Si NO Corpi metallici nelle orecchie o impianti per udito? Altri tipi di stimolatori? Si NO Derivazione spinale o ventricolare? Si NO Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, etc), viti, chiodi, filo, etc? Si NO Altre protesi (Localizzazione Si NO Altre protesi (Localizzazione Si NO Ritiene di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe NON sesserne a conoscenza? E portatore di protesi del cristallino? (data intervento Si NO Prosta in etaluaggi? (Localizzazione Si NO E portatore di protesi del cristallino? (data intervento Si NO Prosta i lenti a contatto? Si NO Sta utilizzando cerotti medicali? Si NO Sta utilizzando cerotti medicali? Si NO 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 NON AUTORIZZA				ļ			
Stents? Distrattori della colonna vertebrale? SI NO Distrattori della colonna vertebrale? SI NO Distrattori della colonna vertebrale? SI NO Corpi metallici nelle orecchie o impianti per udito? Altri tipi di stimolatori? Altri tipi di stimolatori? Derivazione spinale o ventricolare? SI NO Derivazione spinale o ventricolare? SI NO Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, etc), viti, chiodi, filo, etc? SI NO Altre protesi (Localizzazione Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, etc), viti, chiodi, filo, etc? SI NO Altre protesi (Localizzazione Protesi dentarie fisse o mobili? SI NO SI NO SI NO Protesi dentarie fisse o mobili? SI NO SI NO Protesi dentarie fisse o mobili? SI NO E portatore di protesi del cristallino? (data intervento. SI NO Portatore di piercing? (Localizzazione SI NO Porta le lenti a contatto? SI NO SI Autilizzando cerotti medicali? SI NO SI autilizzando cerotti medicali? SI NO SI autilizzando cerotti medicali? SI NO SI 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 NON AUTORIZZA		orta, Si	NO	Valvole ca	irdiache?	SI	NO
Distrattori della colonna vertebrale? SI NO Corpi metallici nelle orecchie o impianti per udito? Corpi metallici nelle orecchie o impianti per udito? Altri tipi di stimolatori? SI NO Derivazione spinale o ventricolare? SI NO Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, etc), viti, chiodi, filo, etc? SI NO Altre protesi (Localizzazione SI NO Ritiene di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe NON Ritiene di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe NON Ritiene di potera vere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe NON Ritiene di potera vere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe NON Ritiene di potera vere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe NON Ritiene di potera di protesi del cristallino? (data intervento SI NO Presenta tatuaggi? (Localizzazione Presenta tatuaggi? (Localizzazione SI NO Sta utilizzando cerotti medicali? SI NO Sta utilizzando cerotti medicali? SI NO Ritiene di poteri protesi del cristali protesi del cris			NO	Dofibrillata	ori impientati?		NIO
Corpi metallici nelle orecchie o impianti per di ditori di stimolatori? Altri tipi di stimolatori? SI NO Derivazione spinale o ventricolare? SI NO Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, etc), viti, chiodi, filo, etc? SI NO Altre protesi (Localizzazione), SI NO Ritiene di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe NON esserne a conoscenza? E portatore di protesi del cristallino? (data intervento), SI NO Presenta tatuaggi? (Localizzazione), SI NO Presenta tatuaggi? (Localizzazione), SI NO Presenta tatuaggi? (Localizzazione), SI NO Sta utilizzando cerotti medicali? SI affetto da anemia falciforme? SI MO Sta utilizzando cerotti medicali? E affetto da anemia falciforme? SI NO NON AUTORIZZA L'ESECUZIONE DELL'INDAGINE RM Firma del Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame RM Data Firma del Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame RM Data		·····	i	j		altri :	NO
Altri tipi di stimolatori? Altri tipi di stimolatori? Derivazione spinale o ventricolare? SI NO Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, etc), viti, chiodi, filo, etc? SI NO Altre protesi (Localizzazione SI NO Ritiene di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe NON Ritiene di protesi del cristallino? (data intervento E portatore di protesi del cristallino? (data intervento Prosenta tatuaggi? (Localizzazione SI NO Presenta tatuaggi? (Localizzazione SI NO SI NO SI NO Presenta tatuaggi? (Localizzazione SI NO SI NO 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 NON AUTORIZZA Data Firma del Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame RM Firma del Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame RM Data		<u> </u>		farmaci?		51	NO
Altri tipi di stimolatori? Derivazione spinale o ventricolare? SI NO Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, etc), viti, chiodi, filo, etc? SI NO Altre protesi (Localizzazione		per Si	NO			nei SI	NO
Derivazione spinale o ventricolare? SI NO Protesi dentarie fisse o mobili? SI NO Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, etc), viti, chiodi, filo, etc? SI NO Altre protesi (Localizzazione 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 SI NO E portatore di protesi del cristallino? (data intervento SI NO SI NO Presenta tatuaggi? (Localizzazione SI NO Presenta tatuaggi? (Localizzazione SI NO SI utilizzando cerotti medicali? SI NO SI atfetto da anemia falciforme? SI NO SI affetto da anemia falciforme? SI NO 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 NON AUTORIZZA NON AUTORIZZA Data Porta del Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame RM Data Da		SI	NO	Dienoeitiv	o intrauterino (ILID)?	SI	NO
Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, etc), viti, chiodi, filo, etc? Altre protesi (Localizzazione) SI NO Ritiene di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe NON esserne a conoscenza? È portatore di protesi del cristallino? (data intervento) SI NO È portatore di piercing? (Localizzazione) SI NO Presenta tatuaggi? (Localizzazione) SI NO Presenta tatuaggi? (Localizzazione) SI NO Sta utilizzando cerotti medicali? SI NO È affetto da anemia falciforme? SI NO 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 NON AUTORIZZA L'ESECUZIONE DELL'INDAGINE RM Firma del Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame RM Data Data	Derivazione spinale o ventricolare?			Protesi de	ntarie fisse o mobili?	SI	
Altre protesi (Localizzazione) SI NO Ritiene di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe NON esserne a conoscenza? E portatore di protesi del cristallino? (data intervento	Bonvazione opinale o ventriociale:	1.01.		<u> </u>		<u>:</u> 01	
Altre protesi (Localizzazione) SI NO Ritiene di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe NON esserne a conoscenza? E portatore di protesi del cristallino? (data intervento	Protesi metalliche (per pregresse fratture,	interventi	correttiv	∕i articolari, eto	c), viti, chiodi, filo, etc?	SI	NO
Ritiene di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe NON esserne a conoscenza? È portatore di protesi del cristallino? (data intervento	Altre protesi (Localizzazione)		SI	NO
esserne a conoscenza? È portatore di protesi del cristallino? (data intervento	Ritiene di poter avere protesi/apparecchi	o altri corp	oi metall	ici all'interno d	del corpo di cui potrebbe N	ON SI	
E portatore di piercing? (Localizzazione) SI NO Presenta tatuaggi? (Localizzazione) SI NO Porta le lenti a contatto? SI NO Sta utilizzando cerotti medicali? SI NO E affetto da anemia falciforme? SI NO 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 NON AUTORIZZA L'ESECUZIONE DELL'INDAGINE RM Firma del Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame RM Data Data						31	NO
E portatore di piercing? (Localizzazione) SI NO Presenta tatuaggi? (Localizzazione) SI NO Porta le lenti a contatto? SI NO Sta utilizzando cerotti medicali? SI NO E affetto da anemia falciforme? SI NO 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 NON AUTORIZZA L'ESECUZIONE DELL'INDAGINE RM Firma del Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame RM Data Data	È portatore di protesi del cristallino? (data	intervento	D)	SI	NO
Presenta tatuaggi? (Localizzazione) SI NO Porta le lenti a contatto? SI NO Sta utilizzando cerotti medicali? SI NO È affetto da anemia falciforme? SI NO 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 NON AUTORIZZA L'ESECUZIONE DELL'INDAGINE RM Firma del Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame RM Data Firma dell'Utente/Tutore (ed eventuale interprete) Data	È portatore di piercing? (Localizzazione)	SI	NO
Porta le lenti a contatto? Sta utilizzando cerotti medicali? E affetto da anemia falciforme? SI NO 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 NON AUTORIZZA L'ESECUZIONE DELL'INDAGINE RM Firma del Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame RM Data Firma dell'Utente/Tutore (ed eventuale interprete) Data	Presenta tatuaggi? (Localizzazione)	SI	NO
E affetto da anemia falciforme? 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 NON AUTORIZZA L'ESECUZIONE DELL'INDAGINE RM Firma del Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame RM Data Data	Porta la lanti a contatto?					SI	NO
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 NON AUTORIZZA L'ESECUZIONE DELL'INDAGINE RM Firma del Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame RM Data Firma dell'Utente/Tutore (ed eventuale interprete) Data	Sta utilizzando cerotti medicali?					SI	NO
medica e/ o ulteriori indagini diagnostiche preliminari: AUTORIZZA NON AUTORIZZA L'ESECUZIONE DELL'INDAGINE RM Firma del Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame RM Data Firma dell'Utente/Tutore (ed eventuale interprete) Data	È affetto da anemia falciforme?					SI	NO
L'ESECUZIONE DELL'INDAGINE RM Firma del Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame RM Data Firma dell'Utente/Tutore (ed eventuale interprete) Data				oste fornite d	al paziente ed espletata l'	eventuale	visita
Firma del Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame RM Data Firma dell'Utente/Tutore (ed eventuale interprete) Data	□ AUTORIZ	ZZA		□ NON A	UTORIZZA		
Firma dell'Utente/Tutore (ed eventuale interprete) Data	L'ESECUZIONE DELL'INDAGINE RM						
	Firma del Medico Responsabile dell'esecuz	zione dell'e	esame F	RM	Data		
	Firma dell'Il Itente/Tutore (ed avantualo into	rnrete)					
INFO RM REV8 10072025	i iiiila deli Oterite/Tutore (eu everituale liite	ihiere)			'	Dala	
	INFO RM REV8 10072025						1



e-mail info@coram.it web www.coram.it



INFO RM REV8 10072025

Dir. San. Dott. Gianluca Rampino Cordaro

C.F., P. IVA e Reg. Imprese 00268100302 Cap. Soc. € 123.200,00 I.V.

Via T. Ciconi 10, 33100 Udine **Tel**. 0432 585211 **Fax**. 0432 585250

QUESTIONARIO ANAMNESTICO ESAME RM

COPIA ORIGINALE PQ Pag. 2 di 2

SCHEDA INFORMATIVA PER IL CONSENSO ALL'ESAME DI RISONANZA MAGNETICA

CHE COS'E': la Risonanza Magnetica (RM) è una tecnica diagnostica che non utilizza radiazioni ionizzanti o sostanze radioattive. La diagnostica mediante RM utilizza campi statici di induzione magnetica e onde elettromagnetiche a radiofrequenza (RF), simili alle onde radiotelevisive. La Risonanza Magnetica di base si configura come un esame diagnostico non invasivo e in base alle conoscenze attuali, non comporta effetti biologici rilevanti su pazienti privi di controindicazioni e viene svolto in accordo alle norme e agli standard di sicurezza. Tuttavia è prudente non effettuare l'esame RM in pazienti di sesso femminile durante il primo trimestre di gravidanza. A COSA SERVE Viene utilizzata per la diagnosi di condizioni patologiche a carico di encefalo, colonna vertebrale, addome, pelvi, grossi vasi e sistema muscolo-scheletrico. COME SI EFFETTUA L'esame non è doloroso né fastidioso. Il paziente viene sdraiato su un lettino e in relazione al tipo di organo da studiare sono posizionate all'esterno del corpo le cosiddette "bobine" (fasce, casco, piastre, ecc.) sagomate in modo da adattarsi alla regione anatomica da studiare. Durante l'esame sono udibili dei rumori ritmici di intensità variabile provocati dal normale funzionamento dell'apparecchio. Può essere necessaria la somministrazione di un mezzo di contrasto paramagnetico per via endovenosa. Per alcuni esami è prevista la somministrazione per via endovenosa/intramuscolo di farmaci utili alla miglior riuscita dell'esame. COSA PUO' SUCCEDERE-EVENTUALI COMPLICANZE Raramente possono insorgere disturbi lievi come sensazione di claustrofobia, calore, prurito, affanno, palpitazioni o sensazione di malessere. In questi casi sarà possibile avvertire gli operatori utilizzando un apposito dispositivo di segnalazione che avrà a portata di mano durante tutto l'esame. In rari casi può provocare piccole ustioni RACCOMANDAZIONI I pazienti, prima di essere sottoposti all'esame RM, devono collaborare con il Medico (Responsabile della Prestazione Diagnostica) nella corretta compilazione di un apposito "questionario anamnestico "(di seguito riportato) utile ad escludere ogni possibile controindicazione all'esame stesso. Si raccomanda quanto segue: - depositare nello spogliatoio o negli appositi armadietti ogni oggetto metallico, ferromagnetico o di supporto magnetico (telefoni cellulari, monete, orologi, chiavi, orecchini, spille, gioielli, fermagli per capelli, tessere magnetiche, carte di credito, etc.), - togliere eventuali protesi dentarie e apparecchi per l'udito, - togliere lenti a contatto o occhiali, - spogliarsi ed indossare l'apposito camice monouso fornito dal personale di servizio, - utilizzare la cuffia o gli appositi tappi auricolari forniti dal personale di servizio. Si raccomanda di evitare di truccare il viso e di utilizzare la lacca per capelli poiché possono creare artefatti che riducono la qualità delle immagini. Durante tutto l'esame è necessario mantenere il massimo grado di immobilità, respirando regolarmente. Non è necessario interrompere eventuali terapie farmacologiche in corso (ad es. per l'ipertensione o il diabete).

PREPARAZIONE Per effettuare l'esame RM 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.

CONSENSO INFORMATO Il sottoscritto (nome cognome): nato /a: Oppure (per utenti minorenni) lo sottoscritto, _ documento d'identià__ [] Esercente la potestà genitoriale [] Tutore [] Amministratore di sostegno [] Legale rappresentante 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 □ NON ACCONSENTE l'esecuzione dell'esame Data / / Firma dell'Utente/Tutore: Nome e Cognome del TSRM di turno: ____ TERAPIA AL BISOGNO (PRE/POST ESAME) PRESCRIZIONE NOME E FIRMA NOME E FIRMA MEDICO SOMMINISTRATORE **REVOCA DEL CONSENSO** nato/a REVOCO il consenso all'effettuazione dell'atto sanitario su indicato Firma del paziente / genitore / tutore / amministratore di sostegno / legale rappresentante Firma del medico responsabile_