

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

**Cognome** ..... **Nome** .....  
**nato/a a** ..... **il** ..... **residente a** .....  
**via** ..... **n°** ..... **tel.** ..... **peso Kg** .....

L'esame di risonanza magnetica a cui Lei verrà sottoposto viene effettuato senza l'impiego di Raggi "X" o sostanze radioattive. Vengono invece utilizzati un campo magnetico e onde a radiofrequenza del tutto analoghe a quelle impiegate nelle trasmissioni radiotelevisive. Alcune situazioni particolari possono comunque essere influenzate negativamente dal campo magnetico.

**La preghiamo perciò di rispondere attentamente alle seguenti domande:**

|                                                                                     |                             |                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Soffre di claustrofobia? (stare in ambienti poco ampi) .....                        | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| È in stato di gravidanza? (Se NO riportare la data delle ultime mestruazioni) ..... | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Ha mai lavorato come saldatore, tornitore, carrozziere? .....                       | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Ha mai subito incidenti stradali o di caccia? .....                                 | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| È stato vittima di traumi da esplosione? .....                                      | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Ha mai subito interventi chirurgici? *                                              | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

\* Se la risposta è SI, indichi dove, quando e per quali motivi: .....

### È attualmente portatore di:

|                                                                                 |                             |                             |
|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Pacemaker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci o valvole cardiache? ..... | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Protesi ortopediche (arti artificiali, protesi d'anca etc.)? .....              | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Clips su aneurismi (vasi sanguigni) aorta, vasi cerebrali? .....                | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Neuro stimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o cerebrali? .....         | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Derivazioni liquorali? .....                                                    | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Pompa per infusione di insulina o altri farmaci? .....                          | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Distrattori della colonna vertebrale? .....                                     | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Corpi metallici nelle orecchie o protesi auricolari? .....                      | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Protesi dentarie fisse o mobili (dentiera)? .....                               | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Corpi intrauterini (spirale)? .....                                             | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Protesi del cristallino? .....                                                  | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Schegge o frammenti metallici? * Se SI dove? .....                              | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Graffe o punti di sutura metallici? * Se SI dove? .....                         | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Tatuaggi e/o piercing? .....                                                    | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Anemia falciforme? .....                                                        | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

**Firma del Medico/TSRM**  
che compila il questionario

## PRIMA DI ENTRARE IN SALA PER EFFETTUARE L'ESAME OCCORRE:

- ✓ Togliere eventuali lenti a contatto, protesi acustiche, dentiera, cinta sanitaria;
- ✓ Togliere occhiali, fermagli per capelli, mollette, gioielli, carte di credito o altre schede magnetiche, monete, chiavi, coltelli tascabili, ferma soldi in metallo, ganci automatici, bottoni metallici, spille, vestiti con cerniera lampo, pinzette metalliche, limette, forbici ed eventuali oggetti metallici;
- ✓ Asportare il trucco dal viso;
- ✓ Andare in bagno a urinare;

L'esame che Lei effettuerà non è doloroso né fastidioso.

Dovrà però rimanere, per tutta la durata dell'esame, immobile sul lettino, per consentire di ottenere immagini della migliore qualità.

Durante l'esame sentirà un rumore ritmico che dipende dal normale funzionamento dell'apparecchio.

Le condizioni di illuminazione e ventilazione all'interno della sala sono regolate per assicurarLe il massimo comfort.

La preghiamo quindi di restare tranquillo/a e perfettamente immobile per tutta la durata dell'esame, che può variare a seconda del tipo di indagine richiesta; durante questo periodo sarà sempre in contatto video e microfonico con i medici che Le effettueranno l'esame.

Il personale della Sezione, sempre presente, è a sua completa disposizione per qualsiasi necessità.

Io sottoscritto/a ..... nato/a ..... il .....  
dichiaro di essere stato/a chiaramente informato/a riguardo la procedura RM, e pertanto acconsento all'esecuzione dell'esame.

Data ..... Firma .....

Io sottoscritto/a .....  
genitore/tutore del minore .....  
nato/a a ..... il .....

dichiaro di essere stato/a chiaramente informato/a riguardo la procedura RM, e pertanto acconsento all'esecuzione dell'esame.

Data ..... Firma .....

Io sottoscritto/a .....  
informato/a sui potenziali rischi connessi alla somministrazione endovenosa di mezzo di contrasto paramagnetico accetto l'esecuzione dell'indagine.

Data ..... Firma .....