



Modulo per richiesta di esame di Risonanza Magnetica

Cognome e Nome _____ Nato/a il _____

Raccordo anamnestico _____

In particolare sono necessarie le seguenti informazioni:

- Il paziente è affetto da anemia falciforme? SI NO
- Il paziente è portatore di protesi o apparecchi fissi, schegge, frammenti a componente metallica? SI NO

Tenuto conto che alcune segnalazioni in letteratura correlano lo sviluppo di FNS (fibrosi sistemica nefrogenica) all'uso di alcuni agenti a base di Gadolinio, è necessario escludere l'esistenza di gravi nefropatie; a tale scopo si raccomanda, per i pazienti nefropatici, la preliminare valutazione della funzionalità renale mediante dosaggio della creatinina e/o del filtrato glomerulare (GFR).

- Il paziente è affetto da grave insufficienza renale? SI NO

Si è ritenuto di eseguire le seguenti indagini di laboratorio:

_____ esito _____
_____ esito _____

Risultato indagini diagnostiche precedenti _____

Quesito clinico _____

Esame richiesto _____

Medico Richiedente _____

Questionario preliminare all'esecuzione di un esame RMN

(da compilare a cura dell'interessato)

- Soffre di claustrofobia (insofferenza/paura nei luoghi chiusi)? 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
- È in stato di gravidanza? SI NO

È importante che Lei sia informato/a che l'eventuale presenza di oggetti o frammenti metallici non rimovibili potrebbe interferire nella corretta esecuzione dell'indagine e/o risultare rischiosa. A tale scopo, La invitiamo a compilare il questionario con attenzione e precisione:

È portatore di:

- Schegge o frammenti metallici? SI NO
- Clips su aneurismi (vasi sanguigni) aorta, cervello? SI NO
- Valvole cardiache? 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 (IUD)? SI NO
 - Derivazione spinale o ventricolare? SI NO
 - Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolati, ecc.) viti, chiodi, filo, ecc.?
SI NO
- Localizzazione _____
- Protesi dentarie fisse? SI NO
 - Protesi dentarie mobili? SI NO
 - Protesi del cristallino? SI NO
 - È affetto da Anemia Falciforme? SI NO

Ritiene di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe NON essere a conoscenza?

- Ha subito interventi chirurgici su:

testa _____	addome _____
collo _____	estremità _____
torace _____	altri _____

Altre informazioni/controindicazioni:

- È portatore di piercing? SI NO
Localizzazione _____
- Ha il corpo tatuato? SI NO
Localizzazione _____

Per effettuare l'esame occorre togliere:

eventuali lenti a contatto - apparecchi per l'udito - dentiera - corone temporanee mobili - 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 lampo - pinzette metalliche - punti metallici (ad esempio applicati agli indumenti in tintoria) - limette - forbici - e altri eventuali oggetti metallici.

Prima di sottoporsi all'esame si prega di asportare cosmetici dal volto.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Io sottoscritto _____ ritengo di essere stato sufficientemente informato sui rischi e sulle controindicazioni all'esposizione ai campi elettromagnetici generati dall'apparecchiatura RM, dichiara di aver prestato la massima collaborazione in merito al questionario sottoposto ed acconsento all'esecuzione dell'esame RM.

Preso atto delle controindicazioni e dei possibili rischi, che mi sono stati adeguatamente illustrati, acconsento alla somministrazione di mezzo di contrasto.

Firma del Paziente

Data _____

N.B.: Si raccomanda di portare con sé eventuale documentazione clinico-radiologica precedente