ASUGI
Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina
REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

QUESTIONARIO PRELIMINARE ALL'ESECUZIONE DI RISONANZA MAGNETICA

Dati anagrafici

Nome.....Cognome.....

Nato/a.....(Prov. di .....), il .....

residente a ..... (Prov. di.....)

invia/p.zza.....tel. .....

L'esame di risonanza magnetica si avvale di un campo magnetico e di radiofrequenze (del tipo delle trasmissioni televisive). L'esame non è nocivo per il corpo umano**; per esami in cui è previsto l'utilizzo del mezzo di contrasto per endovena è indispensabile il digiuno (da almeno 3 ore) ed aver eseguito il dosaggio della creatinina (da non più di 6 mesi).**

E' comunque necessaria la conoscenza preliminare di alcuni fattori che potrebbero rivelarsi dannosi per la salute del paziente.

La preghiamo pertanto di rispondere ai seguenti quesiti:

Peso (Kg) ..... Altezza (cm) .....

Soffre di claustrofobia ?	Si		No	
Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere	Si		No	
Ha mai subito incidenti stradali o di caccia?	Si		No	
E' stato vittima di traumi da esplosioni?	Si		No	

Ha mai subito interventi chirurgici? Si [ ] No [ ]

(se **SI** specificare tipo d'intervento, Strutture ed anno presso le quali sono stati eseguiti)

	TIPO	STRUTTURA/OSPEDALE	ANNO
Testa-collo			
Torace			
Addome			
estremità-altro			

Ha già eseguito Risonanze Magnetiche dopo gli interventi chirurgici subiti? Si [ ] No [ ]

E' portatore di :

Pace-maker cardiaco o altro tipo di cateteri cardiaci?	Si		No	
Punti chirurgici metallici in sede vascolare (aorta, cervello) o dispositivi endovascolari ferromagnetici (filtri, stent da meno di 6 settimane). Testa [ ] Addome [ ] Collo [ ] Torace [ ] Altro [ ] Data impianto:	Si		No	
Valvole cardiache? Data impianto:	Si		No	
Distrattori (protesi) della colonna vertebrale?	Si		No	
Pompa di infusione per insulina o altri farmaci?	Si		No	
Corpi metallici nelle orecchie o impianti per udito? Data Impianto:	Si		No	
Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali?	Si		No	
Catetere spinale o ventricolare (in pazienti affetti da idrocefalo), catetere di Schwan-Ganz?	Si		No	
Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi articolari correttivi, ecc) viti,chiodi,fili ecc… Eventuale localizzazione:	Si		No	
Protesi dentarie fisse?	Si		No	
mobili?	Si		No	
Protesi al cristallino o impianti oculari?	Si		No	
Schegge o frammenti metallici?	Si		No	

FIRMA PAZIENTE **FIRMA DEL MEDICO RADIOLOGO RESPONSABILE DELL'ESAME RM** --

_____ _____

data _____

Questionario preliminare all'esecuzione di un esame di Risonanza Magnetica

E' affetto da anemia falciforme (anemia mediterranea) con ematocrito elevato?	Si		No	
E' sottoposto a dialisi?	Si		No	
E' affetto da insufficienza renale grave? Se **SI**, quale è il valore della Creatininemia?	Si		No	
E' portatore di piercing, cerotti medicati?	Si		No	
E' portatore di tatuaggi ?	Si		No	
E' portatore di qualche allergia? Se **SI** specificare il tipo:	Si		No	

Per le donne:

E' in stato di gravidanza ?	**Si**		**No**	
Data delle ultime mestruazioni				
E' portatrice di spirale endouterina (IUD)?	**Si**		**No**	
E' in allattamento?	**Si**		**No**	

Prima di eseguire l'esame di Risonanza Magnetica accertarsi di non indossare lenti a contatto, apparecchi per l'udito o protesi dentarie mobili, occhiali, fermacapelli, indumenti di materiale sintetico, oggetti metallici o schede magnetiche.
Indispensabile inoltre asportare cosmetici dal volto.
Il giorno dell'esame si ricorda di portare la documentazione relativa all'indagine in oggetto.

FIRMA DEL MEDICO RADIOLOGO RESPONSABILE DELL'ESAME RM

DATA _____ _____

****

DICHIARO

di essere stato informato esaurientemente e di esprimere il mio consenso alla effettuazione della RM.

IN FEDE

(firma PAZIENTE) o (ENTRAMBI I GENITORI o TUTORI LEGALI per pazienti minorenni)

_____

Data:_____

****

A USO INTERNO

Il paziente è stato identificato per due volte con diversa modalità.

Firma dell'operatore: Data:_____

Versione 29/01/2021

DAI DI DIAGNISTICA PER IMMAGINI
Radiologia Gorizia – Monfalcone
Sede di Gorizia: Via Fatebenefratelli 34, 34170 tel. 0481/592232 - centralino 0481/5921 Sede di Monfalcone: Via Galvani 1, 34074 tel. 0481/487240 - centralino 0481/4871

paolo.cassetti@asugi.sanita.fvg.it
radiologiago@asugi.sanita.fvg.it
radiologiamo@asugi.sanita.fvg.it