

## QUESTIONARIO ANAMNESTICO

La presente scheda è parte integrante della documentazione clinica del Paziente ed deve essere consegnata, **debitamente compilata al Medico Responsabile dell'indagine RM** (Risonanza Magnetica)

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ Età (anni compiuti) \_\_\_\_\_ Peso (kg) \_\_\_\_\_  
Firma MP \_\_\_\_\_

Medico Prescrivente (MP) \_\_\_\_\_

Esame Proposto \_\_\_\_\_

Quesito Diagnostico \_\_\_\_\_

<b>CONTROINDICAZIONI ASSOLUTE all'esecuzione dell'ESAME RM</b>	
L'indagine non può essere eseguita in presenza di una di queste situazioni	
Paziente Portatore di <b>pace-maker cardiaco</b> ;	
Paziente Portatore di <b>schegge o frammenti metallici</b> in sede oculare, viscerale o intracranica;	
Paziente Portatore di impianti a rete metallica, espansori tissutali (mammella)	
Paziente Portatore di protesi metalliche, impianti cocleari e protesi stapediali, placche o viti, fili, chiodi, distrattori della colonna, clips vascolari ferromagnetiche, valvole cardiache meccaniche, catetere di Swan-Ganz, elettrodi endocorporei, neurostimolatori, filtri vascolari, stent e spirali metalliche <b>di cui non si conoscano le caratteristiche (Casa costruttrice, tipo e data di impianto) e/o la sicura compatibilità magnetica</b>	
Paziente Portatore di <b>Tatuaggio</b> eseguito da <b>meno di 6 mesi</b>	

**NB. nel caso di situazioni dubbie è obbligatorio avviare il paziente alla raccolta informativa presso la struttura che ha impiantato il "device" e, successivamente, alla valutazione degli specialisti radiologi della struttura erogante le prestazioni.**

<b>CONTROINDICAZIONI RELATIVE all'esecuzione dell'ESAME RM</b>		
<b>L'effettiva controindicazione all'effettuazione dell'indagine RM, anche in caso di sussistenza di una sola delle condizioni sotto elencate è valutata dal Medico Responsabile dell'Esecuzione dell'Esame</b>		
<b>Claustrofobico ?</b>	SI	NO
In <b>stato di Gravidanza?</b> (Settimana _____)	SI	NO
<b>N.B: la Risonanza magnetica è controindicata nel I trimestre)</b>		
Ha febbre?	SI	NO
Portatore di <b>protesi del cristallino applicata precedentemente all'anno 1985 ?</b>	SI	NO
Portatore di <b>schegge o frammenti metallici in sedi non vitali</b> (ha lavorato come tornitore, saldatore, carrozziere? Ha mai subito incidenti stradali, di caccia o ferite di guerra?)	SI	NO
Ha subito <b>interventi chirurgici</b> su collo, addome, torace, arti? indicare quali: _____	SI	NO
Portatore di <b>pompe di infusione di farmaci ?</b>	SI	NO
Portatore di <b>dispositivi intrauterini ?</b> Se sì, utile valutazione ginecologica successiva all'esame	SI	NO
Portatore di <b>protesi dentarie fisse o mobili ?</b>	SI	NO
Portatore di <b>shunt liquorale ventricolo-peritoneale ?</b>	SI	NO
Portatore di <b>anemia falciforme ?</b>	SI	NO
Portatore di <b>tatuaggio ?</b> Se costituito da materiale ferromagnetico può causare surriscaldamento e/o irritazione locale fino ad ustioni	SI	NO
Presenza di <b>cosmetici con polveri ferromagnetiche (mascara, eyeliner, etc.) ?</b>	SI	NO
Portatore di <b>piercing ?</b> (può mobilizzarsi o causare ustioni)	SI	NO



# NUOVO CENTRO FISIOTERAPICO

## NOTA INFORMATIVA

L'esame con **Risonanza Magnetica** viene effettuato senza l'impiego di raggi X, utilizzando solo un forte campo magnetico ed onde a radiofrequenza.

La durata dell'indagine può essere molto diversa in rapporto al tipo di esame (20 minuti – 1 ora).

Il personale della struttura erogatrice è sempre presente e a Sua disposizione per qualsiasi necessità.

**SI PREGA DI PORTARE, CON SE', TUTTI GLI ESAMI RADIOLOGICI E STRUMENTALI PRECEDENTI ED EVENTUALI COPIE DI CARTELLE CLINICHE INERENTI AL QUESITO DIAGNOSTICO**

Per effettuare l'esame **TOGLIERE** indumenti con parti metalliche, lenti a contatto, protesi auricolari e tutte le altre protesi mobili, mollette per capelli, cosmetici dal volto, lacca, piercing, occhiali, gioielli, orologi, ganci, monete e ogni altro tipo di oggetto metallico, carte di credito, schede magnetiche.

### IN CASO DI IMPIEGO DI MEZZO di CONTRASTO

- Per l'esecuzione di alcune indagini di RM può essere necessaria l'iniezione endovenosa di **mezzo di contrasto paramagnetico**.
- Come con tutti i farmaci, si possono verificare effetti collaterali o reazioni allergiche.
- Solo raramente sono state segnalate evenienze più gravi e pericolose per la vita del Paziente.

**Le Strutture Diagnostiche erogatrici di esami RM, dispongono comunque di personale e di attrezzature idonee ad affrontare tali reazioni avverse.**

### CONSENSO ALL'ESAME

(per il paziente in generale, in particolare per la donna in stato di gravidanza)

Esaurientemente informato/a  
dal Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_

sui rischi concernenti l'effettuazione dell'esame di RM e dell'eventuale impiego di mezzo di contrasto per via endovenosa

**ACCONSENTO** di sottopormi all'indagine

**NON ACCONSENTO** di sottopormi all'indagine

Parte di competenza delle signore pazienti in stato di gravidanza, preventivamente informata dal Medico Responsabile della RM sulla tipologia e sui possibili rischi dell'esame

*Da compilare in caso gravidanza accertata o presunta all'atto dell'esecuzione dell'esame*

**ACCONSENTO** di sottopormi all'indagine

**NON ACCONSENTO** di sottopormi all'indagine

Data

Firma del/la paziente o del genitore o tutore

Data

Firma leggibile del Medico che ha comunicato le informazioni