

## ANAMNESI E CONSENSO INFORMATO PER ESAME DI RISONANZA MAGNETICA

Questionario somministrato da.....  
(Indicare Nome, Cognome e qualifica professionale del membro dell'EQUIPE RM)

### Dati del paziente

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

Data e luogo di nascita ..... Peso (Kg) .....

Residenza ..... Tel. ....

Indagine richiesta .....

Reparto/Medico richiedente l'esame RM .....

### Questionario preliminare

- |                                                                                                                                         |    |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| <input type="checkbox"/> Ha eseguito in precedenza esami RM?                                                                            | SI | NO |
| <input type="checkbox"/> Ha avuto reazioni allergiche dopo somministrazione del mezzo di contrasto?                                     | SI | NO |
| <input type="checkbox"/> Soffre di claustrofobia?                                                                                       | SI | NO |
| <input type="checkbox"/> Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere?                                             | SI | NO |
| <input type="checkbox"/> Ha mai subito incidenti stradali, incidenti di caccia?                                                         | SI | NO |
| <input type="checkbox"/> È stato vittima di traumi da esplosioni?                                                                       | SI | NO |
| <input type="checkbox"/> Ultime mestruazioni avvenute: .....                                                                            |    |    |
| <input type="checkbox"/> Ha subito interventi chirurgici su:                                                                            |    |    |
| <input type="checkbox"/> testa <input type="checkbox"/> collo                                                                           |    |    |
| <input type="checkbox"/> addome <input type="checkbox"/> estremità                                                                      |    |    |
| <input type="checkbox"/> torace <input type="checkbox"/> altro .....                                                                    |    |    |
| <input type="checkbox"/> È a conoscenza di avere uno o più dispositivi medici o corpi metallici all'interno del corpo?                  | SI | NO |
| <input type="checkbox"/> È portatore di pace-maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci?                                          | SI | NO |
| <input type="checkbox"/> È portatore di schegge o frammenti metallici?                                                                  | SI | NO |
| <input type="checkbox"/> È portatore di Clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello?                                           | SI | NO |
| <input type="checkbox"/> Valvole cardiache?                                                                                             | SI | NO |
| <input type="checkbox"/> Stents?                                                                                                        | SI | NO |
| <input type="checkbox"/> Defibrillatori impiantati?                                                                                     | SI | NO |
| <input type="checkbox"/> Distrattori della colonna vertebrale?                                                                          | SI | NO |
| <input type="checkbox"/> Pompa di infusione per insulina o altri farmaci?                                                               | SI | NO |
| <input type="checkbox"/> Corpi metallici nelle orecchie o impianti per udito?                                                           | SI | NO |
| <input type="checkbox"/> Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali?                                               | SI | NO |
| <input type="checkbox"/> Altri tipi di stimolatori?                                                                                     | SI | NO |
| <input type="checkbox"/> Corpi intrauterini?                                                                                            | SI | NO |
| <input type="checkbox"/> Derivazione spinale o ventricolare?                                                                            | SI | NO |
| <input type="checkbox"/> Protesi dentarie fisse o mobili?                                                                               | SI | NO |
| <input type="checkbox"/> Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, ecc.), viti, chiodi, filo, ecc.? | SI | NO |
| <input type="checkbox"/> Altre protesi?                                                                                                 | SI | NO |
| Localizzazione .....                                                                                                                    |    |    |

- |                                                                                                                                                            |    |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| <input type="checkbox"/> Ritiene di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe NON esserne a conoscenza? | SI | NO |
| <input type="checkbox"/> Informazioni supplementari .....                                                                                                  |    |    |
| <input type="checkbox"/> È affetto da anemia falciforme?                                                                                                   | SI | NO |
| <input type="checkbox"/> È portatore di protesi del cristallino?                                                                                           | SI | NO |
| <input type="checkbox"/> È portatore di piercing?                                                                                                          | SI | NO |
| Localizzazione .....                                                                                                                                       |    |    |
| <input type="checkbox"/> Presenta tatuaggi?                                                                                                                | SI | NO |
| Localizzazione.....                                                                                                                                        |    |    |
| <input type="checkbox"/> Sta utilizzando cerotti medicali?                                                                                                 | SI | NO |
| <input type="checkbox"/> E' in stato di gravidanza certa o presunta?                                                                                       | SI | NO |
| <input type="checkbox"/> Soffre di insufficienza renale?                                                                                                   | SI | NO |

Il Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame RM  
preso atto delle risposte fornite dal paziente ed espletata l'eventuale visita medica e/o  
ulteriori indagini diagnostiche preliminari

**autorizza l'esecuzione dell'indagine RM**

Firma del Medico

Data

.....

.....

**Consenso informato all'esame RM**

Il paziente 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

Firma del Paziente (\*)

Data

.....

.....

**Consenso informato alla somministrazione di mezzo di contrasto**

Il paziente si ritiene sufficientemente informato sui rischi legati alla somministrazione del mezzo di contrasto. Pertanto, reso edotto dal Medico Responsabile della prestazione diagnostica della valutazione dei benefici diagnostici e dei rischi correlati, ne acconsente la somministrazione

Firma del Paziente (\*)

Data

.....

.....

(\*) In caso di paziente minorenne è necessaria la firma di un genitore o di chi ne fa le veci.