

IL PAZIENTE E' PREGATO DI COMPILARE CON I SUOI DATI TUTTO IL SOTTOSTANTE RIQUADRO

COGNOME	NOME.....
LUOGO DI NASCITA	PROVINCIA
DATA DI NASCITA	PESO: TEL:
COMUNE DI RESIDENZA	PROVINCIA
INDIRIZZO	CAP.....

QUESTIONARIO PER EVENTUALI CONTROINDICAZIONI ALL'ESAME

È portatore di Pace-Maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci, pompe per infusione, neurostimolatori, elettrodi cerebrali e subdurali, derivazioni spinali o ventricolari, sistemi di perfusione impiantati?	SI	NO
E' portatore di clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello?	SI	NO
Ha delle schegge metalliche sottocutanee oppure interne?	SI	NO
È portatore di protesi:		
Ortopediche?	SI	NO
Dentarie?	SI	NO
Acustiche?	SI	NO
Del cristallino?	SI	NO
È portatore di valvole cardiache o clips per interventi di by pass coronarici?	SI	NO
E' affetto da anemia falciforme ?	SI	NO
E' portatore di distrattori per la colonna vertebrale?	SI	NO
Ha subito interventi chirurgici: Alla testa o al collo?	SI	NO
Se SI, quali.....		
Al torace o all'addome?	SI	NO
Se SI, quali		
Altri interventi chirurgici?	SI	NO
Se SI quali		
Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere	SI	NO
E' stato vittima di traumi da esplosioni?	SI	NO
Ha mai subito incidenti stradali o di caccia?	SI	NO
Se è una DONNA:		
E' in stato di gravidanza?	SI	NO
E' portatrice di spirale uterina?	SI	NO
Ultime mestruazioni avvenute	
E' portatore di tatuaggi o piercing?	SI	NO
Soffre di claustrofobia? (PAURA DI RESTARE IN UN AMBIENTE CHIUSO)	SI	NO

La firma del presente modulo costituisce la presa visione di quanto scritto sopra ed esprime il suo consenso all'esame nelle modalità descritte nel foglio informativo allegato (modello B – Informativa risonanza magnetica) e all'eventuale somministrazione endovenosa di un mezzo di contrasto.

FIRMA DEL PAZIENTE

FIRMA DEL MEDICO RADIOLOGO

.....

.....

DATA.....