

DITAR srl

SCHEDA QUESTIONARIO ANAMNESTICO	
La presente scheda e deve essere consegnata debitamente compilata e firmata .	
Nome e Cognome nato il	
peso (Kg) Nazionalità Intervento di mediatore/interprete : SI - NO	
Esame Proposto:	
Quesito Diagnostico (campo obbligatorio):	

CONTROINDICAZIONI RELATIVE all' esecuzione dell' ESAME RM		
<i>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</i>		
Ha mai effettuato Risonanza Magnetica?	SI	NO
Soffre di Claustrofobia?	SI	NO
E' saldatore, tornitore, carrozziere?	SI	NO
Hai mai subito incidenti di caccia o ferite di guerra?	SI	NO
Hai mai subito traumi da esplosione?	SI	NO
E' In stato di Gravidanza? (Data ultime mestruazioni/settimana:) N.B: la Risonanza magnetica è controindicata nel I trimestre)	SI	NO
Portatore di protesi del cristallino?	SI	NO
Ha mai subito interventi chirurgici?(specificare) <input type="checkbox"/> Testa - <input type="checkbox"/> collo - <input type="checkbox"/> addome - <input type="checkbox"/> torace - <input type="checkbox"/> estremità? <input type="checkbox"/> altro	SI	NO
Indicare quali:		
Ha il pacemaker cardiaco o altro tipo di cateteri cardiaci?	SI	NO
Ha spirale contraccettiva?	SI	NO
Ha valvole cardiache?	SI	NO
E' portatore di cerotti medicali ?	SI	NO
Ha neurostimolatori ad elettrodi impiantati nel cervello o altri tipi di stimolatori ? Se si specificare	SI	NO
Ha clips su aneurismi, aorta, cervello o stent ? Se si specificare	SI	NO
Ha distrattori della colonna vertebrale o deviazioni spinali e ventricolari?	SI	NO
Ha impianti o apparecchi per udito ?	SI	NO
E' portatore di pompe di infusione di farmaci ?	SI	NO
E' portatore di : schegge metalliche - protesi metalliche, viti, chiodi, filo metallico? Se si specificare	SI	NO
Ha lenti a contatto rigide o protesi dentali?	SI	NO
Portatore di tatuaggio? Se costituito da materiale ferromagnetico può causare surriscaldamento e/o irritazione locale fino ad ustioni	SI	NO
Portatore di piercing? (può mobilizzarsi o causare ustioni)	SI	NO
Presenza di cosmetici con polveri ferromagnetiche (mascara, eyeliner,.....)?	SI	NO
E' a conoscenza di avere uno o più dispositivi medici o corpi metallici all'interno del corpo ?	SI	NO
Ha mai avuto reazioni allergiche dopo mezzo di contrasto ?	SI	NO
Il Medico Responsabile dell'indagine 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		

All' ATTENZIONE del Paziente

PER EFFETTUARE L'ESAME OCCORRE:

Togliere eventuali lenti a contatto rigide, apparecchi per l'udito, protesi dentarie mobili, 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, indumenti con lampo, pinzette metalliche, punti metallici (ad esempio quelli applicati agli indumenti in tintoria), limette, forbici ed altri eventuali oggetti metallici. Rimuovere prodotti cosmetici dal volto per R.M. cerebrale.

CERTIFICAZIONI DI COMPATIBILITA' ELETTROMAGNETICA

Qualora il paziente risulti portatore di impianto protesico (piastre, chiodi e viti ortopediche, protesi articolari o otoiatiche, protesi cardiache e/o vascolari, by-pass, clips metalliche, ecc.) OCCORRE PRODURRE AL MOMENTO DELL'ESAME R.M. LA CERTIFICAZIONE DI COMPATIBILITA' ELETTROMAGNETICA del materiale utilizzato per la protesi rilasciata dal servizio che ha effettuato l'intervento.

CONSENSO Informato del PAZIENTE e della donna in stato di gravidanza

L'esame al quale verrà sottoposto/a non utilizza RX ma campi elettromagnetici ed onde a radiofrequenza analoghe a quelle delle trasmissioni televisive. L'esame non è doloroso né fastidioso. Le si chiede soltanto di restare immobile sul lettino per consentire la corretta esecuzione dell'esame. Durante l'esame udirà un rumore ritmico, dipendente dal normale funzionamento dell'apparecchiatura; le condizioni di illuminazione e ventilazione le offriranno il massimo comfort. La preghiamo, quindi, di restare tranquillo/a durante tutta la durata dell'esame che, a seconda della necessità, potrà essere più o meno breve. Il nostro personale sarà comunque sempre presente per ovviare a qualsiasi problema.

L'esame al quale deve essere sottoposto/a, secondo la richiesta dei suoi medici curanti, può comportare la somministrazione del mezzo di contrasto. Il mezzo di contrasto può, raramente, provocare qualche disturbo di scarsa entità tipo orticaria a rapida risoluzione. Il Paziente si ritiene sufficientemente informato dei rischi e delle controindicazioni legate all'esame RM in particolare a quelli legati alla somministrazione di mezzo di contrasto per cui ha eseguito la creatininemia (All. 1). Il Paziente è consapevole delle conseguenze che ne possono derivare dalla eventuale presenza di controindicazioni non dichiarate.

ACCONSENTO di sottopormi all'indagine

NON ACCONSENTO di sottopormi all'indagine

ACCONSENTO alla somministrazione del mezzo di contrasto

NON ACCONSENTO alla somministrazione del mezzo di contrasto

****La paziente in stato di gravidanza, preventivamente informata dal Medico Responsabile della RM sulla tipologia e sui possibili rischi dell'esame**

ACCONSENTO di sottopormi all'indagine

NON ACCONSENTO di sottopormi all'indagine

Data:

Firma del paziente/o genitore o tutore

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

**ATTENZIONE: I PAZIENTI PORTATORI DI PACE MAKER CARDIACO
NON POSSONO ESEGUIRE ESAMI R.M.**

INDIPENDENTEMENTE DA QUANTO DICHIARATO DAL PAZIENTE SI E' PROVVEDUTO A SOTTOPORLO AD ACCURATO CONTROLLO CON METAL DETECTOR.

FIRMA DEL TECNICO DI RADIOLOGIA _____