



QUESTIONARIO RISONANZA MAGNETICA

COGNOME NOME

DATA DI NASCITA PESO SESSO

Ha eseguito in precedenza esami RM?[SI] [NO]

Soffre di claustrofobia?[SI] [NO]

Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore o carrozziere?[SI] [NO]

Ha mai subito incidenti stradali o di caccia?[SI] [NO]

E' stato vittima di traumi da esplosione?[SI] [NO]

E' in stato di gravidanza certa o presunta?[SI] [NO]

Elenchi i suoi interventi chirurgici

E' portatore di:

Pace Maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci? [SI] [NO]

Clips su aneurismi (vasi sanguigni) aorta e/o cervello?[SI] [NO]

Valvole cardiache o Stents?[SI] [NO]

Pompa di infusione d'insulina o altri farmaci?.....[SI] [NO]

Schegge o frammenti metallici? [SI] [NO]

Corpi metallici nelle orecchie o impianti per udito?..... [SI] [NO]

Corpi intrauterini? [SI] [NO]

Protesi dentarie fisse o mobili?[SI] [NO]

Protesi del cristallino? [SI] [NO]

Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali? [SI] [NO]

Questionario RM Rev.1 Nov.2020

Istituto Clinico Beato Matteo

Sistema di gestione Qualità UNI EN ISO 9001 certificato da Italcert

Sistema di Gestione Salute e Sicurezza sul Lavoro BS OHSAS 18001 certificato da Certiquality

Corso Pavia 84 – 27029 Vigevano (PV)

Tel. +39 0381.347414 | Fax 0382.576821 | info.icbm@grupposandonato.it

di Istituti Clinici di Pavia e Vigevano S.p.A. – Via Parco Vecchio 27 – 27100 Pavia (PV)

Reg. Imp. Pavia 00182770180 – C.F. e P.IVA 00182770180 | Capitale Sociale € 7.206.300 i.v.

www.grupposandonato.it



Derivazione spinale o ventricolare? [SI] [NO]
Altri tipi di stimolatore e/o defibrillatori?[SI] [NO]
Protesi metalliche(per pregresse fratture, interventi correttivi
articolari, ect), viti, chiodi, fili metallici, ect?[SI] [NO]
Altre protesi?[SI] [NO]
E' portatore di piercing o tatuaggi? [SI] [NO]
Ha mai avuto reazioni allergiche al Mezzo di Contrasto?.....[SI] [NO]
Ha delle allergie?.....[SI] [NO]

Per una migliore valutazione diagnostica, in alcuni casi l'esame verrà eseguito con somministrazione di Mezzo di contrasto endovenoso (Gadolinio).

IL MEDICO RESPONSABILE DELL'ESAME R.M

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 Responsabile dell'esecuzione dell'esame Data

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

Questionario RM Rev.1 Nov.2020

Istituto Clinico Beato Matteo

Sistema di gestione Qualità UNI EN ISO 9001 certificato da Italcert
Sistema di Gestione Salute e Sicurezza sul Lavoro BS OHSAS 18001 certificato da Certiquality

Corso Pavia 84 – 27029 Vigevano (PV)
Tel. +39 0381.347414 | Fax 0382.576821 | info.icbm@grupposandonato.it
di Istituti Clinici di Pavia e Vigevano S.p.A. – Via Parco Vecchio 27 – 27100 Pavia (PV)
Reg. Imp. Pavia 00182770180 – C.F. e P.IVA 00182770180 | Capitale Sociale € 7.206.300 i.v.

www.grupposandonato.it