

## QUESTIONARIO PRELIMINARE ALL'ESECUZIONE ESAME RM QUESTIONARIO PER EFFETTUARE RM

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_  
 Nata/o a: \_\_\_\_\_ Data di nascita: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_  
 Indirizzo: \_\_\_\_\_  
 Telefono: \_\_\_\_\_ Cellulare: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_  
 Tipo di risonanza da effettuare: \_\_\_\_\_

- |   | Si                       | No                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ha mai subito incidenti stradali o incidenti di caccia?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • È mai stato vittima di traumi da fuoco o da esplosione?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • È in stato di gravidanza accertata o presunta?  |                          |                          |
| • Ultime mestruazioni: _____  |                          |                          |
| • Ha subito interventi chirurgici su (rispondere sì o no):<br>Testa _____ Addome _____ Estremità _____<br>Occhi _____ Torace _____ Collo _____ Altro _____  |                          |                          |
|   | Si                       | No                       |
| • È portatore di:   |                          |                          |
| ◦ Pace-Maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ◦ Valvole cardiache artificiali?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ◦ Protesi del cristallino ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ◦ Clip metalliche su vasi sanguigni, aneurismi, aorta o cervello?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ◦ Neurostimolatori, elettrodi impianti nel cervello o subdurali?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ◦ Schegge o frammenti metallici?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ◦ Distrattori metallici della colonna vertebrale?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ◦ Pompa di infusione per insulina o altri farmaci?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ◦ Corpi metallici nelle orecchie o impianti per udito?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ◦ Corpi intrauterini?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ◦ Derivazione spinale o ventricolare?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ◦ Protesi dentarie fisse?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ◦ Protesi dentarie mobili?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ◦ Protesi ortopediche metalliche (per fratture, per interventi correttivi articolari, artrosi ect) placche, viti, chiodi metallici, ect.<br>Se sì, dove? _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Anemia falciforme   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • <b>Per effettuare l'esame occorre:</b>  |                          |                          |
| - <b>Togliere lenti a contatto, app. per l'udito, dentiera, corone temporanee mobili, cinta sanitaria;</b>  |                          |                          |
| - <b>Togliere fermagli per capelli, mollette, occhiali, gioielli, orologi, carte di credito o altre schede magnetiche, coltelli tascabili, ferma soldi, monete, chiavi, ganci automatici, bottoni metallici (es.applicabili agli indumenti in tintoria), limette, forbici ed altri oggetti metallici;</b> |                          |                          |
| - <b>Asportare cosmetici da volto.</b>  |                          |                          |

Data \_\_\_\_\_

Firma medico \_\_\_\_\_

**Il/La sottoscritto/a** \_\_\_\_\_

**NOTA:** Il seguente questionario deve essere stampato, precompilato e infine consegnato al personale medico al momento dell'esecuzione dell'esame.