



Modulo per Richiesta di esame di Risonanza magnetica

Cognome e nome Data di nascita
 Domicilio Tel.
 Reparto di provenienza Tel.
 Esame (digiuno da almeno 6 ore se con MDC)

Questionario a cura del Medico richiedente dati clinico-anamnestici e quesito diagnostico

Precedenti esami RM con mdc paramagnetico ev SI NO Allergia a mdc paramagnetico ev SI NO Cardiopatia
 Altre allergie (specificare) _____ SI NO Allattamento SI NO Epatopatia

SI RICHIEDE IL DOSAGGIO DELLA CREATININEMIA NEI SEGUENTI CASI
 Età <2 anni e > 65 anni nefropatia nota diabete ipertensione

Data Firma leggibile del Medico richiedente

Questionario preliminare all'esecuzione dell'esame RM (G.U. 20.08.1991, serie generale, 193-194)

- Soffre di claustrofobia? _____ SI NO
- Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere, o comunque il ferro? _____ SI NO
- Ha mai subito incidenti stradali, incidenti di caccia? _____ SI NO
- E' stato vittima di traumi da esplosioni? SI NO
- E' in stato di gravidanza? SI NO Ultime mestruazioni avvenute _____
- Ha subito interventi chirurgici su:
 Testa _____ Collo _____ Torace _____
 Addome _____ Estremità _____ Altro _____
- E' portatore di:
 Schegge o frammenti metallici? SI NO Clips su aneurismi (vasi sanguigni) aorta, cervello? SI NO
 Valvole cardiache? SI NO Distrattori della colonna vertebrale? SI NO
 Pompe da infusione per insulina o altri farmaci? SI NO Pace maker cardiaco o di altri tipi di cateteri cardiaci? SI NO
 Corpi metallici nelle orecchie o impianti per udito? SI NO Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali? SI NO
 Corpi intrauterini? SI NO Derivazione spinale o ventricolare? SI NO
 Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari ecc.), quali viti, chiodi, filo ecc.? SI NO
- Localizzazione _____
 Protesi dentarie fisse o mobili? SI NO Localizzazione _____
 Protesi del cristallino? SI NO
- Porte per accesso vascolare e cateteri? SI NO Cerotti trans-dermici di nitroglicerina? SI NO
 Filtri, stent endovascolari? SI NO Espansori e protesi mammarie? SI NO
- E' affetto da anemia falciforme SI NO

CONTROINDICAZIONI ASSOLUTE

Presenza di: Pace-Maker SI NO Protesi dotate di circuiti elettronici SI NO
 Clips o corpi estranei metallici ferromagnetici SI NO

Data _____ Firma del Medico responsabile dell'esecuzione dell'esame _____

Firma del Sig./Sig.ra che conferma di aver risposto a tutti i quesiti sopra esposti _____