



Insieme per la tua salute

Centro Radiologico Polispecialistico S.r.l.

Direttore Sanitario Dott. Achille Bombarda

Sede legale e operativa: Via Carducci 5 - 20092 Cinisello Balsamo (MI)

Tel 02.612.65.83 - Fax 02.660.171.39

info@crp-online.it - crpsrl@messagingpec.it - www.crp-online.it

Capitale Sociale Euro 110.000,00 I.V - C.C.I.A.A. Milano R.E.A. N. 1049501

C.F./ P.IVA / Reg. Impr. Milano: 05933070152

QUESTIONARIO OBBLIGATORIO PER L'ESECUZIONE DI ESAMI R.M.*

Il "questionario anamnestico" ha lo scopo di accertare l'assenza di controindicazioni all'esame e deve essere attentamente compilato e firmato in calce dal Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame che, per le sue valutazioni, si avvale anche delle risposte fornite dal paziente o dal tutore legale (ad esempio in caso di minore).

Data Medico inviante

Cognome Nome C.F.

Data di nascita Peso (Kg) Professioni svolte

Ha eseguito in precedenza esami in RM SI NO

Soffre di claustrofobia? SI NO

Ha mai lavorato o lavora come saldatore, tornitore, fabbro, carrozziere, meccanico, ecc...? SI NO

Ha mai subito incidenti stradali, incidenti di caccia? SI NO

È stato vittima di traumi da esplosione? SI NO

È in stato di gravidanza certa o presunta? SI NO

Ultime mestruazioni avvenute (in data)

Ha mai avuto reazioni allergiche dopo mezzo di contrasto? Ha mai avuto episodi di allergia?

Se **SI** specificare a quali sostanze e/o farmaci SI NO

È affetto da anemia falciforme? SI NO

Ha subito interventi chirurgici? SI NO

Testa Addome Collo Estremità Torace Occhi Altro SI NO

N.B.: Portare tutta la documentazione relativa agli interventi subiti

È a conoscenza di avere uno o più dispositivi medici o corpi metallici all'interno del corpo SI NO

È portatore di:

Pace-maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci? SI NO

Schegge o frammenti metallici? SI NO

Clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello? SI NO

Valvole cardiache? SI NO

Stents SI NO

Defibrillatori impiantati SI NO

Distrattori della colonna vertebrale? SI NO

Pompa per infusioni per insulina o altri farmaci? SI NO

Corpi metallici nelle orecchie o impianti per l'udito? SI NO

Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali? SI NO

Altri tipi di stimolatori? SI NO

Dispositivo intrauterino (es. IUD, Spirale)? SI NO

Derivazione spinale o ventricolare? SI NO

Protesi dentarie fisse o mobili SI NO

Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, viti, chiodi, fili, ecc....) SI NO

Altre protesi (es. Silicone) SI NO

Localizzazione

È portatore di protesi del cristallino? SI NO

È portatore di piercing? SI NO

Localizzazione

Presenta tatuaggi? SI NO

Localizzazione

Sta utilizzando cerotti medicali? SI NO

"IL PRESENTE DOCUMENTO VIENE CUSTODITO ESCLUSIVAMENTE IN FORMATO DIGITALE"

Atto di consenso preparato secondo quanto suggerito dalle Linee-guida SIRM 2015.



Insieme per la tua salute

Centro Radiologico Polispecialistico S.r.l.

Direttore Sanitario Dott. Achille Bombarda

Sede legale e operativa: Via Carducci 5 - 20092 Cinisello Balsamo (MI)

Tel 02.612.65.83 - Fax 02.660.171.39

info@crp-online.it - crpsrl@messagingpec.it - www.crp-online.it

Capitale Sociale Euro 110.000,00 I.V - C.C.I.A.A. Milano R.E.A. N. 1049501

C.F. / P.IVA / Reg. Impr. Milano: 05933070152

PER EFFETTUARE L'ESAME OCCORRE TOGLIERE:

Eventuali lenti a contatto, apparecchi per l'udito, dentiera, corone temporanee mobili, cinta erniaria, 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, vestiti con lampo, pinzette metalliche, punti metallici o graffette da tintoria, limette, forbici e altri eventuali oggetti metallici, ecc.

Si raccomanda di evitare di truccarsi il viso e di utilizzare la lacca per capelli poiché possono creare artefatti che riducono la qualità dell'immagine.

Durante tutto l'esame è necessario mantenere il massimo grado di immobilità respirando regolarmente.

Non è necessario interrompere eventuali terapie farmacologiche in corso (es. per ipertensione o diabete).

IL MEDICO RESPONSABILE DELL'ESAME 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

Firma del Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame RM

Data

.....

CONSENSO INFORMATO del paziente all'esecuzione dell'indagine RM

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

.....

(*) in caso di paziente minorenni è necessaria la firma di un genitore o di chi ne fa le veci.

.....

"IL PRESENTE DOCUMENTO VIENE CUSTODITO ESCLUSIVAMENTE IN FORMATO DIGITALE"

Atto di consenso preparato secondo quanto suggerito dalle Linee-guida SIRM 2015.

Revisione 01 – Gennaio 2020