



Controllo Processo Radiologico

MODULO DI ANAMNESI PER ESECUZIONE ESAME RM

RAD-PRO-Mod-01

Revisione 02

Data: 19/02/2018

Pagina 1 di 1

Anagrafica

Questionario Anamnestico

Cognome	Nome
Data e luogo di nascita	Peso (Kg)
Residenza	Recapito Tel
Indagine richiesta	Reparto

Questionario Preliminare

Ha eseguito in precedenza esami RM ?	SI	NO
Ha avuto reazioni allergiche dopo somministrazione del MdC?	SI	NO
Soffre di claustrofobia ?	SI	NO
Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere?	SI	NO
Ha mai subito incidenti stradali, incidenti di caccia?	SI	NO
È stato vittima di traumi da esplosioni ?	SI	NO
Ultime mestruazioni avvenute:	SI	NO
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
È portatore di schegge o frammenti metallici?	SI	NO
È portatore di 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 di infusione per insulina o altri farmaci?	SI	NO
Corpi metallici nelle orecchie o impianti per udito?	SI	NO
Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali?	SI	NO
Atri tipi di stimolatori?	SI	NO
Corpi intrauterini?	SI	NO
Derivazione spinale o ventricolare?	SI	NO
Protesi dentarie fisse o mobili?	SI	NO
Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, ecc.), viti, chiodi, filo, ecc.?	SI	NO
Altre protesi ? Localizzazione	SI	NO
Pensa di avere qualche altro corpo metallico all'interno del corpo di cui potrebbe non esserne a conoscenza?	SI	NO

Informazioni supplementari:

È affetto da anemia falciforme ?	SI	NO
È portatore di protesi del cristallino ?	SI	NO
È portatore di piercing ?	SI	NO
Presenta tatuaggi ?	SI	NO
Sta utilizzando cerotti medicali ?	SI	NO
Ha subito interventi chirurgici su: Testa - Collo - Addome - Torace - Arti-estremità □ Altro:	SI	NO

Per effettuare l'esame RM occorre rimuovere:

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; calze di nylon; indumenti in acrilico; pinzette metalliche; punti metallici; limette; forbici; altri eventuali oggetti metallici. Prima di sottoporsi all'esame si prega di asportare cosmetici dal viso

Autorizzazione all'esecuzione dell'indagine RM Data : / /

Preso atto delle risposte fornite dal paziente ed espletata l'eventuale visita medica e/o ulteriori indagini diagnostiche preliminari

Il Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame RM ACCONSENTO NON ACCONSENTO all'esecuzione dell'esame

Timbro e Firma del Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame RM