



RADIOLOGIA E DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Struttura: Analisi Mediche Pavanello srl - Via Bravi 51 - 35129 PADOVA loc. Ponte di Brenta - tel. 049 6225211

QUESTIONARIO PRELIMINARE E CONSENSO INFORMATO DEL PAZIENTE ALL'ESECUZIONE DI UN ESAME DI RISONANZA MAGNETICA

L'esame di Risonanza Magnetica si avvale di un campo magnetico e di radiofrequenze (del tipo delle trasmissioni radiotelevisive). L'esame non è nocivo per il corpo umano, e' comunque necessaria la conoscenza preliminare di alcuni fattori che potrebbero rivelarsi dannosi per la salute del paziente. La preghiamo pertanto di rispondere ai quesiti che seguono.

Dati Paziente:

Nome Cognome.....

Nat.... a..... Prov..... il.....

Residente a Prov..... Via.....

Tel.....

Quanti chilogrammi pesa? Kg Soffre di claustrofobia? SI NO
Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere? SI NO
Ha mai subito incidenti stradali o di caccia? SI NO E' stato vittima di traumi da esplosioni? SI NO
Ha subito interventi chirurgici su Testa SI NO Collo SI NO Torace SI NO
Addome SI NO Estremità SI NO Altro SI NO

E' portatore di:

Pace-maker cardiaco o altro tipo di cateteri cardiaci? SI NO
Clips (punti metallici) su aneurismi (vasi sanguigni) aorta, cervello? SI NO
Valvole cardiache? SI NO
Distrattori (protesi) 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
Catetere spinale o ventricolare (in pazienti affetti da idrocefalo) SI NO
Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi articolari Correttivi, etc.) viti, chiodi, fili etc. SI NO

Eventuale localizzazione
Protesi dentarie fisse? SI NO Mobili? SI NO Protesi del cristallino? SI NO
Schegge o frammenti metallici? SI NO E' portatore di piercing, tatuaggi, cerotti medicati? SI NO
E' affetto da anemia falciforme (anemia mediterranea) con ematocrito elevato? SI NO
E' sottoposto a dialisi? SI NO

Per le donne:

E' in stato di gravidanza? SI NO Data ultime mestruazioni Porta spirale endouterina (IUD)? SI NO

A CURA DEL PAZIENTE: Dichiaro di avere risposto con precisione ed esaurientemente alle domande sopra elencate. Dichiaro inoltre di essere stato adeguatamente informato sull'indagine da effettuare ed esprimo a tal fine il mio consenso.

Data Firma Paziente.....

A CURA DEL MEDICO RICHIEDENTE: In base ai dati anamnestici forniti dal Paziente ed ai dati clinici attualmente in mio possesso, non si rilevano discrepanze rispetto a quanto dichiarato.

Data Firma Medico Richiedente.....

A CURA DELLA STRUTTURA: Dichiaro di avere attentamente visionato quanto dichiarato dal Paziente e dal Medico Richiedente.

Data Firma dell'Operatore Tecnico: Firma del Radiologo: