

L'esame di **Risonanza Magnetica** è, alla luce di quanto spiegatoLe , secondo le conoscenze attuali, innocuo. Alcune situazioni particolari possono tuttavia rappresentare controindicazioni assolute o relative all'esame di Risonanza Magnetica ed è pertanto necessario segnalarne l'esistenza mediante la compilazione del seguente questionario.

Per effettuare l'esame occorre togliere: lenti a contatto, apparecchi per udito, dentiera, protesi dentarie mobili, fermagli per capelli, mollette, occhiali, gioielli, orologio, carte di credito o altre schede magnetiche, coltelli tascabili, monete, chiavi, ganci, bottoni metallici, spille, vestiti con lampo, tutti gli oggetti metallici e i cosmetici dal viso.

Controindicazioni assolute che **precludono** l'esecuzione dell'esame:

- pacemaker o defibrillatore interno (ad eccezione, previo parere del Cardiologo, di quelli RM SI NO compatibili)
- protesi dotate di circuiti elettronici, eccetto quelli RM compatibili cocleari (orecchio interno) * SI NO
- neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali SI NO
- protesi oculari magnetiche SI NO
- clips vascolari o schegge in materiale ferromagnetico SI NO

Controindicazioni relative che necessitano di una **valutazione medica**:

- clips vascolari cerebrali (aneurisma)* SI NO
- protesi dentaria fissa o mobile SI NO
- protesi o viti ortopediche (per pregresse fratture, interventi correttivi, viti, chiodi ecc)* SI NO
- protesi al cristallino* SI NO
- protesi otologiche (orecchio medio)* SI NO
- espansori mammari SI NO
- protesi valvolari cardiache* SI NO
- ritiene di poter avere altre protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe NON esserne a conoscenza ? dove? SI NO
- distrattori della colonna SI NO
- derivazione spinale e ventricolare SI NO
- impianti oculari (molle palpebrali, punti retinici)* SI NO
- punti metallici da pregresso intervento chirurgico SI NO
- filtri vascolari, stents SI NO
- spirale intrauterina (IUD)* SI NO
- tatuaggi estesi SI NO
- piercing localizzazione:..... SI NO
- pompa di infusione per insulina o altri farmaci SI NO
- anemia falciforme SI NO
- gravidanza in atto o presunta (data ultima mestruazione) SI NO
- allergie (farmaci mezzi di contrasto, ecc...) SI NO
- ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere SI NO
- ha mai subito incidenti stradali, incidenti di caccia, traumi da esplosioni SI NO
- claustrofobia SI NO

* in caso di risposta affermativa è necessario fornire documentazione di compatibilità magnetica da parte della struttura che ha effettuato l'intervento

Ha subito interventi chirurgici? Quali?

Testa Addome
 Collo Estremità
 Torace Altri

IL MEDICO RESPONSABILE DELL'ESAME RM

preso atto delle risposte fornite dal paziente ed espletata l'eventuale visita medica AUTORIZZA L'ESECUZIONE DELL'INDAGINE RM

Firma del medico responsabile dell'esame RM: Data:

IL PAZIENTE

Dichiaro di essere stato sufficientemente informato sui rischi e le controindicazioni all'esposizione ai campi elettromagnetici generati dall'apparecchiatura RM, dichiaro di aver collaborato nel modo ottimale alla compilazione del questionario anamnestico ed acconsento all'esecuzione dell'esame:

FIRMA DEL PAZIENTE: DATA: