



CASA DI CURA PRIVATA

SANTA TERESA

di Miacci V.T., Fabio & C. S.r.l. Accreditata con il S.S.R.



Ortopedia e Traumatologia - Day Surgery - APA - Analisi Chimico
Cliniche - Radiologia - Cardiologia

Via Nazionale 7/25 - ISOLA DEL LIRI (FR)

Tel. 0776 80291 - Fax: 0776 8029100 - Laboratorio Analisi: 0776 8029108

www.clinicasteresa.it - clinicasteresa@clinicasteresa.it - laboratorioanalisiasteresa@gmail.com Partita IVA 01707900609

Direttore Sanitario: Dott. Ivan Tersigni



MODULO DI ANAMNESI E CONSENSO INFORMATO PER ESAME DI RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE

Dati del paziente

Cognome Nome.....

Data e luogo di nascita Peso (kg)

Residenza Telefono

Medico richiedente

Indagine richiesta

Motivo dell'esame

.....
.....
.....
.....

- | | | |
|--|----|----|
| • Ha eseguito in precedenza esami RM? | SI | NO |
| • Ha avuto reazioni allergiche dopo somministrazione del mezzo di contrasto? | 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 |
| • E' stato vittima di traumi da esplosioni? | SI | NO |
| • Ha subito interventi chirurgici su: | | |
| testa <input type="checkbox"/> collo <input type="checkbox"/> | | |
| addome <input type="checkbox"/> estremità <input type="checkbox"/> | | |
| torace <input type="checkbox"/> altro | | |
| • E' portatore di clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello? | SI | NO |
| • E' a conoscenza di avere uno o più dispositivi medici o corpi metallici all'interno del corpo? | SI | NO |
| • E' portatore di pace-maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci? | SI | NO |
| • E' portatore di schegge o frammenti metallici? | SI | NO |
| • Valvole cardiache? | SI | NO |
| • Stents? | SI | NO |
| • Defibrillatori impiantati? | 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 |
| • Corpi intrauterini? | SI | NO |
| • Protesi dentarie fisse o mobili? | SI | NO |
| • Protesi metalliche (pregresse fratture, interventi correttivi articolari, ecc.), viti, chiodi, filo, ecc.? | SI | NO |
| • E' affetto da anemia falciforme? | SI | NO |
| • E' portatore di protesi del cristallino? | SI | NO |
| • E' portatore di piercing? | SI | NO |
| • Presenta tatuaggi? | SI | NO |
| • Sta utilizzando cerotti medicali? | SI | NO |
| • E' in stato di gravidanza? | SI | NO |
| • E' portatore di lenti a contatto? | SI | NO |

Il Medico Responsabile dell'esecuzione 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

Data

.....

.....

Consenso informato all'esame 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 all'esecuzione dell'esame.

Firma del paziente

Data

.....

.....