

Data esame: .....

## Questionario sicurezza MRI

Gentile Sig.ra/re, le informazioni che Le vengono di seguito richieste servono per garantire che l'esecuzione dell'odierno esame di risonanza magnetica avvenga in condizioni di regolarità e sicurezza. A tal proposito, Le chiediamo gentilmente di rispondere in maniera veritiera alle seguenti domande crociando la risposta.

**Peso:** ..... Kg      **Altezza:** ..... cm

- È già stato sottoposto ad un esame di risonanza magnetica?  sì  no
- Le è stato somministrato per via endovenosa un mezzo di contrasto?  sì  no  
**Se sì**, ha avuto eventuali reazioni allergiche? (es.: eruzioni cutanee, malessere/vomito, gonfiore, insufficienza respiratoria, shock anafilattico)

### È portatrice/portatore di:

- Pacemaker/defibrillatore cardiaco, neuro- stimolatori, pompe di infusione di farmaci, shunt ventricolo- peritoneali  sì  no
- Stents cardiaci o vascolari, Valvole cardiache, Clips vascolari per aneurismi o chirurgiche  sì  no
- Impianti cocleari  sì  no
- Apparecchi acustici (devono essere rimossi prima dell'inizio dell'esame)  sì  no
- Protesi dentarie rimovibili  sì  no
- Protesi metalliche all'interno del corpo  sì  no
- Corpi estranei o schegge metalliche  sì  no
- Lenti a contatto  sì  no
- Piercing, tatuaggi, trucco permanente, cerotti medicamentosi  sì  no
- È mai stato operato al cuore o alla testa?  sì  no  
**Se sì**, indichi cortesemente quando e la tipologia di operazione

Anno: ..... Tipologia: .....

- Ha subito altri interventi chirurgici?  sì  no  
**Se sì**, indichi cortesemente quando e la tipologia di operazione
- Soffre di insufficienza renale?  sì  no
- Soffre di diabete o glaucoma?  sì  no

**Questionario fronte/retro  
da leggere e consegnare  
firmato il giorno dell'esame**

Data esame: .....

A seconda del quesito diagnostico, durante l'indagine può rendersi necessario l'utilizzo di mezzo di contrasto endovenoso (Gadolinio) per meglio rappresentare le strutture anatomiche in esame e riconoscere con maggior accuratezza le alterazioni patologiche.

- Autorizza, qualora necessario, la somministrazione di mezzo di contrasto?  sì  no

In caso soffra di grave claustrofobia, se lo desidera, Le verrà somministrato un calmante. Il farmaco ha proprietà ansiolitiche ma diminuisce anche le Sue capacità di reazione. Richieda in ricezione la scheda informativa riguardo gli effetti di una sua eventuale somministrazione.

- Autorizzo, su mia richiesta, la somministrazione di un sedativo  sì  no

**Per le pazienti donne:**

Data dell'ultima mestruazione:        /        / .....

- È in menopausa?  sì  no
- È in stato di gravidanza o ha un ritardo delle mestruazioni?  sì  no
- Prende contraccettivi ormonali (pillola) o sostituzione ormonale?  sì  no
- Sta prendendo medicamento o trattamenti per infertilità?  sì  no
- Sta allattando?  sì  no
- Ha un dispositivo intrauterino (spirale)?  sì  no
- Ha espansori mammari post mastectomia?  sì  no

Per qualunque informazione e/o chiarimento il personale medico e tecnico resta a Sua completa disposizione.

Dichiaro di aver risposto in maniera consapevole alle domande precedenti, di aver valutato le informazioni e i chiarimenti ricevuti ed acconsento all'esecuzione dell'esame di Risonanza Magnetica.

Luogo, data: .....

Firma del/la Paziente (o del rappresentante legale): .....

Firma del TRM: .....