radiomedica◆ch
Centro di radiologia Bellinzona

Etichetta paziente

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

- É 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

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

- 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

Etichetta paziente

Data esame: .....

- Soffre di allergie? sì no
  Se sì, indichi cortesemente a cosa

  .....

  .....

  .....

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

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: .....

Radiomedica.ch
Centro di radiologia Bellinzona
Viale Officina 7 CH-6500 Bellinzona
T +41 91 825 32 32 F +41 91 820 08 82
info@radiomedica.ch radiomedica.ch