



Fondazione Ospedale e casa di Riposo  
"Nobile Paolo Richiedei"  
Via Richiedei 16, Gussago (BS)  
Servizio di Radiologia  
Tel. 030.2528234

## QUESTIONARIO PRELIMINARE ALL'ESECUZIONE DEGLI ESAMI RMN

Cognome ..... Nome .....  
Età ..... Peso .....  
Domicilio .....  
Telefono .....

Esame richiesto .....

**SCRIVERE IN STAMPATELLO, GRAZIE.**

L'esame al quale Lei verrà sottoposto/a non è assolutamente doloroso nè fastidioso. Lei dovrà soltanto mantenere per un tempo di 20/30 minuti il miglior grado di immobilità sul lettino, al fine di consentire un'adeguata resa tecnica dell'esame.

Durante tutta l'indagine sentirà un rumore ritmico, provocato dal normale funzionamento dell'apparecchiatura.

Le condizioni di illuminazione, ventilazione e temperatura sono regolate in modo di assicurarLe il massimo confort.

La preghiamo pertanto di rimanere tranquillo/a per tutta la durata dell'esame senza impressionarsi se questo si protrarrà per qualche minuto più del previsto.

Durante l'esame sarà in contatto vocale e visivo con il personale addetto, presente nella sala comando per tutta la durata dell'esame.

**DOVRA' LASCIARE NELLO SPOGLIATOIO, NELL'APPOSITA CASSETTA, QUALSIASI OGGETTO METALLICO (orologi, carte di credito, tessere magnetiche di qualsiasi tipo, occhiali, forcine per capelli, spille, gioielli e anelli, monete, chiavi, fibbie, cinture, bretelle, ganci, protesi dentarie mobili, ecc.).**

**SE PORTATORE DI LENTI CORNEALI A CONTATTO, dovrà toglierle prima di essere sottoposto all'esame.**

**DOVRA' ASPORTARE I COSMETICI DAL VOLTO QUALORA EFFETTUI UN ESAME DELL'ENCEFALO.**

**DOVRA' SPOGLIARSI E INDOSSARE UNICAMENTE LA BIANCHERIA INTIMA PURCHE' PRIVA DI PARTI METALLICHE.**

**NEL CASO VENGA RICHIESTA LA SOMMINISTRAZIONE DEL MEZZO DI CONTRASTO E' NECESSARIO ESEGUIRE DOSAGGIO EMATICO DELLA CREATININA.**

E' portatore di pace-maker?	SI'	NO
Ha mai lavorato come saldatore, tornitore, carrozziere?	SI'	NO
Ha mai subito incidenti stradali, di caccia, traumi da esplosione?	SI'	NO
E' portatore di:		
- valvole cardiache?	SI'	NO
- clips su aneurismi cerebrali?	SI'	NO
- clips su arterie coronarie?	SI'	NO
- pompe per infusione di insulina o di altri farmaci?	SI'	NO
- stato di grave insufficienza epato-renale?	SI'	NO
- schegge o frammenti metallici?	SI'	NO
se sì, specificare la localizzazione .....		
- piercing e/o tatuaggi?	SI'	NO
se sì specificare la localizzazione .....		
- protesi cardiache, acustiche, articolari, spinali, ventricolari, al cristallino?	SI'	NO
- neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali?	SI'	NO
- derivazione spinale o ventricolare?	SI'	NO
- protesi dentarie fisse o mobili?	SI'	NO
- dispositivi intrauterini (IUD – spirale)?	SI'	NO
Ha subito precedenti interventi chirurgici?	SI'	NO
Con impiego di graffe metalliche, punti metallici, chiodi, placche?	SI'	NO
se sì specificare la localizzazione .....		
E' affetto da anemia falciforme?	SI'	NO
E' in stato di gravidanza certa o presunta?	SI'	NO
Data ultime mestruazioni .....		
E' già stato sottoposto ad indagine RMN, Marconiterapia?	SI'	NO

Firma del medico radiologo

.....

**CONFERMO** di aver recepito quanto sopra, di aver potuto esprimere delle domande ed aver ottenuto chiarimenti adeguati. Per questo motivo **ACCONSENTO** all'esecuzione dell'indagine.

Acconsento all'eventuale utilizzo di m.d.c. paramagnetico.

Firma del paziente .....

Se il paziente è minore o non collaborante:

Firma del Tutore/altro .....

Gussago, li .....