

MODULO PER L'ESAME DI RISONANZA MAGNETICA

Egregio Dottore,

al fine di aderire alla Sua richiesta di eseguire l'esame di Risonanza Magnetica al Suo paziente, e' necessario che Lei compili il questionario di seguito riportato curando in particolare il quesito diagnostico.

La ringraziamo per la cortese collaborazione.

Cognome _____ Nome _____
Sesso _____ Data di nascita ___/___/___ Professione _____
Peso (Kg) _____ Domicilio _____ tel. _____
Distretto da esaminare _____
Quesito diagnostico _____

NOTIZIE ANAMNESTICHE

- Ha subito incidenti traumatici
- E' in stato di gravidanza, mesi _____
- Ultime mestruazioni, data ___/___/___
- E' affetto da anemia falciforme
- Ha subito interventi chirurgici su:
 - testa collo torace
 - addome estremita' altri

CONTROINDICAZIONI ALL'ESAME (secondo la normativa vigente)

- | | |
|--|--|
| <p>- ASSOLUTE</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Clips ferromagnetiche vascolari<input type="checkbox"/> Pace-maker cardiaco<input type="checkbox"/> Elettrodi endocorporei<input type="checkbox"/> Apparecchi acustici e impianti cocleari<input type="checkbox"/> Elettrodi neurostimolatori<input type="checkbox"/> Pompe per infusione di farmaci<input type="checkbox"/> Protesi del cristallino con ansa metallica<input type="checkbox"/> Cateteri di Swan-Ganz<input type="checkbox"/> Filtri, Stent, Spirali metalliche endovasali | <p>- RELATIVE</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Corpi estranei metallici<input type="checkbox"/> Clips chirurgiche<input type="checkbox"/> Distrattori del rachide<input type="checkbox"/> Cateteri endovascolari<input type="checkbox"/> Protesi metalliche (anca, ginocchio)<input type="checkbox"/> Derivazioni liquorali<input type="checkbox"/> Corpi intrauterini ferromagnetici<input type="checkbox"/> Potesi valvolari cardiache<input type="checkbox"/> Gravidanza |
|--|--|

INFORMAZIONI AL PAZIENTE

- L'esame non e' doloroso, non impiega radiazioni ionizzanti ma campi magnetici ed onde di radiofrequenza. Allo stato attuale delle conoscenze, non comporta rischi. Il paziente dovra' rimanere immobile per tutta la durata dell'esame, sentira' un rumore ritmico e sara' sempre in contatto citofonico con il personale sanitario.
- E' indispensabile fornire all'atto dell'esame tutta la documentazione clinico radiografica disponibile.
- Per eseguire l'esame e' necessario togliere lenti a contatto, apparecchi per l'udito, dentiere, cinte sanitarie, fermagli, mollette, occhiali, gioielli, orologi, carte di credito o altre schede magnetiche, oggetti metallici, cosmetici dal volto.

DATA

_____/_____/_____

IL PAZIENTE

IL MEDICO RICHIEDENTE
