

	Istituto nazionale per la ricerca sul cancro Genova - Italia	S.C. Diagnostica per Immagini	MO-DPI-Quest- Rm
---	---	--	-------------------------

NOME _____

QUESTIONARIO PRELIMINARE ALL'ESECUZIONE DI UN ESAME RMN		
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
E' in stato di gravidanza? _____	SI	NO
Ultime mestruazioni avvenute? _____		
Ha subito interventi chirurgici? _____	SI	NO
• testa.....altri..... • torace.....estremità..... • collo.....addome.....		

AI FINI DELLA VS. INCOLUMITA' RISULTA NECESSARIO DIMOSTRARE CHE EVENTUALI ELEMENTI METALLICI INTRACORPOREI SIANO IN MATERIALE RM COMPATIBILE.
nel caso allegare certificazione scritta del medico che ha effettuato l'intervento

E' portatore di:		
Schegge, frammenti metallici, clips su pregressi interventi? _____	SI	NO
Clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello? _____	SI	NO
Valvole cardiache? _____	SI	NO
Distrattori della colonna vertebrale? _____	SI	NO
Pompa di infusione per insulina o altri farmaci? _____	SI	NO
Pace maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci? _____	SI	NO
Corpi metallici nelle orecchie o impianti auricolari? _____	SI	NO
Neurostimolatori, elettrodi, impianti nel cervello o subdurali? _____	SI	NO
Corpi intrauterini? _____	SI	NO
Derivazioni spinale o ventricolare? _____	SI	NO
Protesi del cristallino? _____	SI	NO
E' affetto da anemia falciforme? _____	SI	NO
Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, ecc.), viti, chiodi, filo, ecc. _____	SI	NO
Localizzazione _____		

Per effettuare l'esame occorre:
 togliere eventuali lenti a contatto, apparecchi per l'udito, dentiera, corone temporanee mobili, cinta sanitaria, togliere fermagli per capelli, mollette, occhiali, gioielli, orologi, carte di credito o altre schede magnetiche, coltelli tascabili, ferma-soldi, monete, chiavi, ganci, automatici, bottoni metallici, spille, vestiti con lampo, pinzette metalliche, punti metallici (ad es. applicati agli indumenti in tintoria), limette, forbici e altri eventuali oggetti metallici, asportare cosmetici del volto.

Firma e timbro del Medico richiedente/ curante _____	Per Consenso informato del Paziente _____	Medico Radiologo _____
--	---	--------------------------------------