

AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE 3 "GENOVESE"

Via Giovanni Maggio 6 - 16147 GENOVA - Tel. 01034461

ISTITUTI ACCREDITATI

QUESTIONARIO PRELIMINARE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI MdC IODATI

(da compilarsi a cura del Medico Curante)

Motivo dell'esame:

Anamnesi allergologica		Anamnesi patologica	
Precedenti di asma	SI [] NO []	Insufficienza respiratoria	SI [] NO []
Allergia ai metalli	SI [] NO []	Insufficienza cardiaca	SI [] NO []
Edema di Quincke	SI [] NO []	Insufficienza epatica	SI [] NO []
Shock anafilattico	SI [] NO []	Insufficienza renale	SI [] NO []

Controindicazioni alla RM

Il Paziente è portatore di:

Valvole cardiache, pacemaker cardiaco o cateteri cardiaci	SI [] NO []
Cateteri di derivazioni cerebrale-spinale	SI [] NO []
Clips vascolari	SI [] NO []
Protesi metalliche, viti, chiodi, placche	SI [] NO []
Protesi di cristallino	SI [] NO []
Distrattore del rachide	SI [] NO []
Pompe per infusione continua di farmaci	SI [] NO []
Cateteri per derivazione o per infusione	SI [] NO []
Corpi intrauterini (IUD)	SI [] NO []
Schegge metalliche dovuti a traumi (esplosione, caccia)	SI [] NO []
Schegge metalliche dovuti a esposizione professionale	SI [] NO []

La risposta affermativa a uno dei predetti quesiti implica la presenza di dettagliate certificazioni inerenti la RM-compatibilità dei dispositivi e/o protesi del Paziente. Se il paziente è portatore di schegge metalliche è indispensabile accludere la documentazione inerente alla loro sede e tipo.

Il sottoscritto/a Dr./Dr.ssa dichiara di non avere riscontrato significative controindicazioni all'esecuzioni di indagine RM e, inoltre, alla somministrazione di MdC paramagnetico qualora il Medico responsabile dell'indagine lo reputi necessario per fini diagnostici.

Timbro e Firma del Curante

.....