

AZIENDA OSPEDALIERA OSPEDALE S.MARTINO E CLINICHE UNIVERSITARIE CONVENZIONATE
ISTITUTO DI RADIOLOGIA - PROF. GARLASCHI
Tel: 0105552034
RICHIESTA DI ESAME RM
QUESTIONARIO
(da compilarsi a cura del Medico Curante)

SINTESI CLINICA E QUESITO DIAGNOSTICO:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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 []

Positività sierologica Epatite A [] B [] C [] HIV []

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 []

Il Paziente:

soffre di claustrofobia	SI [] NO []
ha subito interventi chirurgici	SI [] NO []
se SI quali:	
è in grado di mantenere la posizione clinostatica per almeno 30 minuti?	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 Medico Richiedente

.....