



QUESTIONARIOANAMNESTICO

La presente scheda è parte integrante della documentazione clinica del Paziente e deve essere debitamente compilata da un membro dell'equipe RM (DM 14.01.2021) e verificata dal Medico Responsabile dell'indagine RM (Risonanza Magnetica)

ETICHETTA PAZIENTE

Questionario somministrato da.....
(Indicare Nome, Cognome e qualifica professionale del membro dell'EQUIPE RM)

Dati del paziente

Cognome Nome
Data e luogo di nascita Peso (kg) Altezza (cm)
Residenza Recapito Tel.
Indagine richiesta
Reparto/Medico richiedente l'esame RM

- Ha eseguito in precedenza esami RM? ☐ SI ☐ NO
- Ha avuto reazioni allergiche dopo somministrazione del mezzo di contrasto? ☐ SI ☐ NO
- 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
- È stato vittima di traumi da esplosioni? ☐ SI ☐ NO
- Ultime mestruazioni avvenute: (data).....
- Ha subito interventi chirurgici su:
☐ testa ☐ collo ☐ addome ☐ estremità ☐ torace ☐ altro:
- È a conoscenza di avere uno o più dispositivi medici o corpi metallici all'interno del corpo? ☐ SI ☐ NO
- È portatore di pace-maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci? ☐ SI ☐ NO
- È portatore di schegge o frammenti metallici? ☐ SI ☐ NO
- È portatore di clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello? ☐ SI ☐ NO
- È portatore di valvole cardiache? ☐ SI ☐ NO
- È portatore di stents? ☐ SI ☐ NO
- È portatore di defibrillatori impiantati? ☐ SI ☐ NO
- È portatore di distrattori della colonna vertebrale? ☐ SI ☐ NO
- È portatore di pompa di infusione per insulina o altri farmaci? ☐ SI ☐ NO
- È portatore di corpi metallici nelle orecchie o impianti per udito? ☐ SI ☐ NO
- È portatore di neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali? ☐ SI ☐ NO
- È portatore di altri tipi di stimolatori? ☐ SI ☐ NO
- È portatore di corpi intrauterini? ☐ SI ☐ NO
- È portatore di derivazione spinale o ventricolare? ☐ SI ☐ NO
- È portatore di protesi dentarie fisse o mobili? ☐ SI ☐ NO
- È portatore di protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, ecc.), viti, chiodi, filo, ecc.? ☐ SI ☐ NO
- Altre protesi? Localizzazione ☐ SI ☐ NO
- Ritene di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe NON essere a conoscenza? ☐ SI ☐ NO
- Informazioni supplementari
- È affetto da anemia falciforme? ☐ SI ☐ NO
- È portatore di protesi del cristallino? ☐ SI ☐ NO
- È portatore di piercing? Localizzazione ☐ SI ☐ NO
- Presenta tatuaggi? Localizzazione..... ☐ SI ☐ NO
- Sta utilizzando cerotti medicali? ☐ SI ☐ NO

 Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia ASST Sette Laghi Polo Universitario	MODULO QUESTIONARIO ANAMNESTICO CONSENSO INFORMATO ALL'ESAME	Cod: MOD01I0G01PG06 Data: 24/01/2025 Rev.00
---	--	--

Per effettuare l'esame RM occorre rimuovere: eventuali lenti a contatto - apparecchi per l'udito - dentiera - corone temporanee mobili - cinta erniaria - 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 - calze di nylon - indumenti in acrilico - pinzette metalliche - punti metallici - limette - forbici - altri eventuali oggetti metallici. Prima di sottoporsi all'esame si prega di asportare cosmetici dal viso.

ETICHETTA PAZIENTE

Il Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame RM (*),
 preso atto delle risposte fornite dal paziente ed espletata l'eventuale visita medica e/o ulteriori indagini diagnostiche preliminari,
 autorizza l'esecuzione dell'indagine RM

Firma del Medico

Data

.....

.....

Consenso informato all'esame RM

Il paziente ritiene di essere stato sufficientemente informato sui rischi e sulle controindicazioni legate all'esposizione ai campi elettromagnetici generati dall'apparecchiatura RM. Pertanto, consapevole dell'importanza delle risposte fornite, acconsente all'esecuzione dell'esame.

Firma del paziente (**)

Data

.....

.....

Consenso informato alla somministrazione di mezzo di contrasto

Il paziente si ritiene sufficientemente informato sui rischi legati alla somministrazione del mezzo di contrasto. Pertanto, reso edotto dal Medico Responsabile della prestazione diagnostica della valutazione dei benefici diagnostici e dei rischi correlati, ne acconsente la somministrazione.

Firma del paziente (**)

Data

.....

.....

(*) Il questionario a firma del Medico Responsabile della prestazione diagnostica ed i consensi informati legati sia all'esecuzione dell'indagine RM che alla somministrazione del mezzo di contrasto a firma del paziente devono essere necessariamente apposti su un unico foglio, anche eventualmente in modalità fronte/retro. (**) In caso di paziente minorenni è necessaria la firma di un genitore o di chi ne fa le veci. L'ASST Sette Laghi è convenzionata con l'Università degli Studi dell'Insubria per la Scuola di Medicina e Chirurgia e le sue Scuole di Specializzazione. I rapporti tra i due enti sono disciplinati da apposita convenzione, la quale tra l'altro individua le modalità di coinvolgimento dei Medici Specializzandi in formazione nella didattica scientifica avanzata e nell'acquisizione di esperienze tecnico pratiche di tipo specialistico. I Medici Specializzandi in formazione potranno pertanto intervenire nel Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
--

Ulteriori consensi informati

Consenso informato relativo a _____
 (Inserire una nota esplicativa sui rischi legati alla specifica procedura).

Il paziente si ritiene sufficientemente informato sui rischi legati a _____.
 Pertanto, reso edotto dal Medico Responsabile della prestazione diagnostica della valutazione dei benefici diagnostici e dei rischi correlati, dà il proprio consenso.

Firma del paziente (*)

Data

.....

.....