



Sede operativa:
Via Saloni, 102 - 30015 CHIOGGIA (VE) - Telefono 041.400006 - Fax 041.5507617
Sede legale:
Via Milano, 19 - 35030 SELVAZZANO DENTRO (PD)



Mod. PRO 002
REV.0
Del 02/01

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

CONTROINDICAZIONI ALL'ESAME (secondo la normativa vigente)

- **ASSOLUTE**
 - Clips ferromagnetiche vascolari
 - Pace-maker cardiaco
 - Elettrodi endocorporei
 - Apparecchi acustici e impianti cocleari
 - Elettrodi neurostimolatori
 - Pompe per infusione di farmaci
 - Protesi del cristallino con ansa metallica
 - Cateteri di Swan-Ganz
 - Filtri, Stent, Spirali metalliche endovasali
- **RELATIVE**
 - Corpi estranei metallici
 - Clips chirurgiche
 - Distrattori del rachide
 - Cateteri endovascolari
 - Protesi metalliche (anca, ginocchio)
 - Derivazioni liquorali
 - Corpi intrauterini ferromagnetici
 - Potesi valvolari cardiache
 - 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

_____/_____/_____/_____
