



Questionario di sicurezza per Risonanza Magnetica

Da compilare prima dell'esame. Il campo magnetico può interferire con dispositivi e oggetti metallici: le risposte servono a eseguire l'esame in sicurezza.

Cognome e nome

Data di nascita

Esame richiesto

Data dell'esame

Dispositivi e impianti

Portatore di pacemaker o defibrillatore impiantabile (o elettrodi cardiaci)?	☐ Sì ☐ No
Impianto cocleare o protesi acustica interna/esterna?	☐ Sì ☐ No
Clip vascolari (ad esempio per aneurisma cerebrale) o stent?	☐ Sì ☐ No
Protesi valvolari cardiache o altri dispositivi cardiaci impiantati?	☐ Sì ☐ No
Neurostimolatori, pompe per infusione (insulina, farmaci) o altri dispositivi elettronici impiantati?	☐ Sì ☐ No
Protesi, viti, placche o mezzi di sintesi metallici (articolazioni, colonna, ossa)?	☐ Sì ☐ No
Protesi dentarie mobili, apparecchio ortodontico fisso o impianti dentali?	☐ Sì ☐ No

Corpi estranei e altri elementi

Schegge o frammenti metallici, proiettili, o lavorazioni a rischio di schegge (saldatore, tornitore...)?	☐ Sì ☐ No
Tatuaggi, trucco permanente o piercing?	☐ Sì ☐ No
Cerotti medicati o transdermici (nicotina, nitroglicerina, ormoni...)?	☐ Sì ☐ No
Lenti a contatto, parrucca o abiti con parti metalliche che non è possibile togliere?	☐ Sì ☐ No

Condizioni personali

È in corso, o possibile, una gravidanza? Sta allattando?	☐ Sì ☐ No
Soffre di claustrofobia o di ansia in ambienti chiusi?	☐ Sì ☐ No
Ha già eseguito esami di risonanza magnetica?	☐ Sì ☐ No
Ha subito interventi chirurgici? (indicare quali e quando nello spazio sottostante)	☐ Sì ☐ No

Interventi chirurgici subiti: quali e quando (solo se risposto Sì)

Prima di entrare nella sala magnete è necessario togliere orologi, gioielli, monete, chiavi, carte magnetiche, telefono, occhiali, apparecchi acustici e ogni oggetto metallico. Il medico radiologo valuterà le risposte e potrà richiedere ulteriori informazioni o documentazione sui dispositivi impiantati.

I dati contenuti nel modulo sono dati sulla salute, trattati dal Centro per finalità di diagnosi e cura e conservati nella documentazione clinica secondo la normativa. Informativa completa disponibile su radiologiamazzella.com/privacy-policy/ e in sede.

Data

Firma del paziente (o di chi ne fa le veci)

Data della verifica

Verificato dal personale sanitario – firma del medico radiologo / TSRM