



## Questionario per risonanza magnetica (RM / RMN)

Gentile paziente,

la preghiamo di rispondere coscientemente alle domande del presente questionario.  
I nostri collaboratori sono a sua completa disposizione per ulteriori domande o chiarimenti.

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_ Data di nascita: \_\_\_\_\_

<b>Lei ha...</b>	un pacemaker?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
	una valvola cardiaca artificiale?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
	un neurostimolatore?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
	una pompa intratecale (antalgica)?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
	un microinfusore per insulina o un sistema di misurazione della glicemia?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
	frammenti metallici nel corpo (ad es. nell'occhio)?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
<b>Lei è portatrice/-tore di...</b>	un apparecchio acustico? (pregasi di toglierlo prima dell'esame)	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
	una protesi dentale?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
	una protesi dentale con agganci magnetici?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
<b>Lei ha...</b>	un tatuaggio? (> 20 cm)	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
	del metallo sul/nel suo corpo? <input type="checkbox"/> piercing, <input type="checkbox"/> articolazioni artificiali, <input type="checkbox"/> viti, <input type="checkbox"/> clip, <input type="checkbox"/> stent, <input type="checkbox"/> aghi di agopuntura, <input type="checkbox"/> ferite da arma da fuoco, <input type="checkbox"/> altro Dove? _____	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
<b>Attualmente assume...</b>	medicamenti anticoagulanti? <input type="checkbox"/> Aspirin Cardio <input type="checkbox"/> Marcoumar <input type="checkbox"/> Xarelto	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
<b>Ha subito interventi chirurgici...</b>	al cuore? Per cosa? _____	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
	alla testa? (cervello, orecchio, occhio) Per cosa? _____	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
<b>Soffre di...</b>	asma o allergie, in particolare alle sostanze di contrasto? Quali? _____	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
	claustrofobia?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
	di <input type="checkbox"/> diabete o di un' <input type="checkbox"/> insufficienza renale?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
<b>Per le donne</b>	È in atto una gravidanza?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
	Sta allattando?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
<b>Il suo peso attuale:</b> _____ kg			

Con la presente confermo di aver preso atto delle informazioni e di aver risposto coscientemente alle domande poste. Con la mia firma acconsento all'esecuzione dell'esame.

Data: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_