

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Nato il \_\_\_\_\_ Residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_

Gentile Sig.r/ra, l'esame viene effettuato utilizzando un campo magnetico a onde radio, per cui è esente da rischi di radiazioni ionizzanti e non doloroso. Lei dovrà mantenere per un certo tempo l'assoluta immobilità per consentire l'acquisizione di informazioni diagnostiche della migliore qualità.

**ATTENZIONE: non può essere sottoposto a questo esame se è portatore di PACE-MAKER.**

Al fine di valutare l'eventuale presenza di controindicazioni all'esecuzione dell'esame La preghiamo di compilare il seguente questionario in ogni sua parte.

Ha già eseguito RM ? SI NO  
A quale distretto corporeo ? \_\_\_\_\_

Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere o qualsiasi Lavoro che comporti la possibilità di schegge metalliche? SI NO

Ha mai subito incidenti stradali ,di caccia, da esplosione? SI NO

E' in stato di gravidanza ? SI NO

E' portatore di :

- Schegge o frammenti metallici? SI NO
- Clips su aneurismi aorta-cervello? SI NO
- Valvole cardiache ? SI NO
- Distrattori della colonna vertebrale? SI NO
- Pompa di infusione per insulina o altri farmaci? SI NO
- Pace-Maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci? SI NO
- Corpi metallici nelle orecchie o impianti per udito? SI NO
- Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali? SI NO
- Corpi intrauterini (spirale anticoncezionale)? SI NO
- Derivazione spinale o ventricolare? SI NO
- Protesi metalliche(per fratture,interventi correttivi etc), viti, chiodi etc? SI NO

**Per effettuare l'esame occorre togliere fermagli per capelli, mollette, occhiali, gioielli, orologi, carte di credito o altre schede magnetiche, coltelli tascabili, fermasoldi, monete, chiavi, telefoni cellulari, ganci automatici, bottoni metallici, spille, vestiti con lampo e altri eventuali oggetti metallici.**

**La preghiamo di firmare questo modulo a conferma di essere stato informato dal personale medico dell'importanza di questo esame e della necessità di osservare alcune precauzioni indicate in questo modulo e a conferma di averlo letto attentamente e compilato e come sua dichiarazione di consenso all'effettuazione dell'esame .**

Firma del medico responsabile

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