

A.D.R. – Studio di Radiologia– DE ROSA

- CORSO SECONDIGLIANO 253 - TEL 081 / 7545306 – NAPOLI 80144 -

QUESTIONARIO ANAMNESTICO ESAME RM

Il "questionario anamnestico" ha lo scopo di accertare l'assenza di controindicazioni all'esame e deve essere attentamente compilato da ogni paziente o dal tutore legale (ad esempio in caso di minore) e firmato dal Medico Radiologo.

· Ha eseguito in precedenza esami RM ?	SI	NO
· Soffre di claustrofobia (paura di restare in ambienti chiusi)?	SI	NO
· E' portatore di:		
- Pace-Maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci ?	SI	NO
- Clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello ?	SI	NO
- Valvole cardiache ?	SI	NO
- Stents?	SI	NO
- Defibrillatori impiantati ?	SI	NO
- Distrattori della colonna vertebrale ?	SI	NO
- Pompa di infusione per insulina o altri farmaci ?	SI	NO
- Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali ?	SI	NO
- Dispositivo intrauterino (IUD) ?	SI	NO
- E' in stato di gravidanza certa o presunta ?	SI	NO
- Derivazione spinale o ventricolare ?	SI	NO
- Protesi dentarie fisse o mobili (se mobili rimuoverle il giorno dell'esame) ?	SI	NO
- Protesi acustiche (se mobili rimuoverle il giorno dell'esame)?	SI	NO
- Protesi ortopediche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, etc),	SI	NO
- Protesi al cristallino ?	SI	NO
E' portatore di piercing ?	SI	NO
- Localizzazione		
- Altre protesi ?		
Localizzazione		
· Ha mai subito incidenti stradali, incidenti di caccia ?	SI	NO
· Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere, metalmeccanico?	SI	NO
· Ha delle schegge metalliche, viti, chiodi, fili sottocutanee o oculari ?	SI	NO
· E' stato vittima di traumi da esplosioni ?	SI	NO
· Ha subito interventi chirurgici su:		
Testa	Addome	
Collo.....	Estremità	
Torace	Occhi	
Altro		
Presenta tatuaggi ?		
Localizzazione	SI	NO

N.B Dovrà assicurarsi di non entrare con mollette, fermacapelli, occhiali, monete, portafoglio, chiavi, piercing, carte di credito, bancomat, badge.

Cognome ----- Nome -----

Firma del paziente per conoscenza e per consenso

Firma del radiologo che prende visione del presente documento

Napoli