

 Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia ASST Nord Milano	MODULO QUESTIONARIO PER ESECUZIONE DI RISONANZA MAGNETICA	Rev. 0	Pag. 1 di 1
		ASSTNM-M-098	

Cognome e Nome paziente _____ Data nascita _____
 Peso Kg _____

1. Soffre di claustrofobia?	SI	NO	
2. E' portatore di sistema di stimolazione cardiaca (pace maker), defibrillazione cardiaca (ICD) o loop recorder?	SI	NO	
2b. se SI, sono dispositivi RM compatibili?	SI	NO	
3. Nel suo corpo ci sono elementi metallici (<i>frammenti, schegge, punti di sutura metallici</i>) o ha mai lavorato come saldatore, tornitore o carrozziere? <i>Specificare:</i> _____	SI	NO	
4. Ha subito interventi chirurgici su (specificare intervento e anno):			
▪ cranio e collo (<i>clips metalliche su aneurismi, vasi, cervello; derivazioni liquorali; impianti auricolari, clips e/o stents su vasi del collo?</i>) <i>Specificare:</i> _____	SI	NO	
▪ torace (<i>valvole cardiache o stent coronarici?</i>) <i>Specificare:</i> _____	SI	NO	
▪ addome e arti inferiori <i>Specificare:</i> _____	SI	NO	
5. E' portatore di protesi metalliche o di mezzi metallici di sintesi (<i>viti, chiodi, placche, distrattori</i>), di protesi acustiche, di protesi dentarie fisse o mobili, di protesi mammarie, di piercing, di tatuaggi, di parrucca? <i>Specificare:</i> _____	SI	NO	
6. E' portatore di protesi del cristallino ? Data dell'intervento _____	SI	NO	
7. E' portatore di lenti a contatto?	SI	NO	
8. E' portatore di pompa / dispositivo sottocutaneo per infusioni (di insulina o altri farmaci) o di neurostimolatore?	SI	NO	
8. E' portatrice di spirale endouterina?	SI	NO	
9. E' in stato di gravidanza?	SI	NO	NON ESCLUDIBILE CON CERTEZZA
10. E' portatore di cerotti per la somministrazione transdermica di farmaci?	SI	NO	
Ha effettuato in passato esami di RM?	SI	NO	

Data ____ / ____ / ____

Firma del Medico responsabile esecuzione RM _____