

**QUESTIONARIO ANAMNESTICO**  
**PER L'ESAME DI RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE**  
(Allegato 1 D.M. 02/08/1991)

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Sesso \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Peso (Kg) \_\_\_\_\_ Altezza (cm) \_\_\_\_\_

Distretto da esaminare \_\_\_\_\_

Quesito diagnostico \_\_\_\_\_

Ha effettuato in precedenza esami di Risonanza Magnetica?	SI	NO
Ha avuto reazioni allergiche dopo mezzi di contrasto per Risonanza Magnetica?	SI	NO
Soffre di claustrofobia?	SI	NO
Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere?	SI	NO
Ha mai subito incidenti stradali o incidenti di caccia?	SI	NO
E' stato vittima di traumi da esplosioni?	SI	NO
E' in stato di gravidanza?	SI	NO
Ultime mestruazioni avvenute?	_____	_____

E' a conoscenza di avere uno o più dei seguenti dispositivi medici o corpi metallici all'interno del corpo?

SI NO

Se si, specificare:

schegge o frammenti metallici	SI	NO
clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello	SI	NO
valvole cardiache	SI	NO
stents		
defibrillatori impiantati		
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
altri tipi di stimolatori		
corpi intrauterini	SI	NO
derivazione spinale o ventricolare	SI	NO
protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, ecc.) viti, chiodi, filo, ecc.	SI	NO
localizzazione _____		
protesi dentarie fisse o mobili	SI	NO
localizzazione _____		

Ritiene di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe NON esserne a conoscenza?

SI NO

Ha subito interventi chirurgici su:

Testa.....	Addome.....
Collo.....	Estremità.....
Torace.....	Altri.....

- |  |    |    |
|--|----|----|
| - è portatore di protesi del cristallino?          | SI | NO |
| - è affetto da anemia falciforme?                  | SI | NO |
| - è portatore di lenti intraoculari?               | SI | NO |
| - è portatore di piercing?<br>localizzazione _____ | SI | NO |
| - presenta tatuaggi?<br>localizzazione _____       | SI | NO |

Per effettuare l'esame occorre togliere:

lenti a contatto - apparecchi per l'udito - dentiera - corone temporanee mobili - cinta sanitaria - fermagli per capelli - mollette - occhiali - gioielli - orologi - carte di credito o altre schede magnetiche - coltelli tascabili - ferma soldi - monete - chiavi - ganci - bottoni metallici - spille - vestiti con cerniere - pinzette metalliche - punti metallici (ad esempio applicati agli indumenti in tintoria) - limette - forbici - altri eventuali oggetti metallici.

Prima di sottoporsi all'esame si prega di asportare cosmetici dal volto.

Firma del Medico richiedente

Data

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_