COGNOME:_____ **NOME:**_____ **DATA DI NASCITA:**_____

Il **QUESTIONARIO ANAMNESTICO** ha lo scopo di accertare l'assenza di controindicazioni all'esame e deve essere attentamente compilato e firmato dal Paziente o dal tutore legale (ad es. in caso di minore).

Ha eseguito in precedenza esami RM?	□ SI	□ NO
Soffre di **claustrofobia**?	□ SI	□ NO
Ha mai lavorato (o lavora) come **saldatore**, **tornitore**, **carrozziere**?	□ SI	□ NO
Ha mai subito **incidenti stradali**, **incidenti di caccia**?	□ SI	□ NO
E' stato vittima di traumi da **esplosioni**?	□ SI	□ NO
Ha subito **interventi chirurgici**?	□ SI	□ NO

Quali? _____

Ha **dispositivi medici** o **corpi metallici** all'interno del corpo ?	□ SI	□ NO

E' portatore di:

- **Pace-Maker** cardiaco, **defibrillatore** o altri tipi di **cateteri cardiaci**? *	□ SI	□ NO
- **Schegge** o **frammenti metallici**?	□ SI	□ NO
- **Clips** vascolari o chirurgiche, **valvole cardiache, stent** vascolari? *	□ SI	□ NO
- **Pompa di infusione** per insulina o altri farmaci? *	□ SI	□ NO
- Corpi metallici nelle orecchie o **impianti per udito**? *	□ SI	□ NO
- **Neuro-stimolatori**, elettrodi cerebrali o subdurali, o altri tipi di stimolatori? *	□ SI	□ NO
- **Derivazione ventricolare** o spinale? *	□ SI	□ NO
- **Protesi dentarie** fisse o mobili?	□ SI	□ NO
- Protesi del **cristallino**? *	□ SI	□ NO
- **Cerotti medicali**?	□ SI	□ NO
- **Dispositivo intrauterino** ("spirale", IUD)? **	□ SI	□ NO
- **Protesi articolari**, **placche**, chiodi o **viti metalliche**, **distrattori della colonna** vertebrale (per pregresse fratture, interventi, etc.) o altri tipi di protesi? *	□ SI	□ NO
- **Piercing** non rimovibili?	□ SI	□ NO
- **Tatuaggi**?	□ SI	□ NO

Se SI, in quale sede? _____

Ritiene di poter avere **altri corpi metallici** all'interno del corpo di cui potrebbe NON essere a conoscenza?	□ SI	□ NO

** in caso di risposta affermativa (SI) è NECESSARIO fornire la documentazione di compatibilità magnetica*
*** l'indagine potrebbe compromettere l'efficacia del dispositivo, che andrebbe rivalutato dal Ginecologo*

Per effettuare l'esame RM occorre togliere: lenti a contatto - apparecchi per l'udito - dentiera - corone temporanee mobili - cinta erniaria - 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 lampo - pinzette metalliche - punti metallici - limette - forbici - altri eventuali oggetti metallici. Prima di sottoporsi all'esame si prega di asportare cosmetici dal viso.

IL MEDICO RESPONSABILE DELL'ESAME preso atto delle risposte fornite dal Paziente ed espletate l'eventuale visita medica e/o ulteriori indagini diagnostiche preliminari **AUTORIZZA L'ESECUZIONE DELL'INDAGINE**

(data) (firma del Medico Radiologo)

Lei non è obbligata ad eseguire l'indagine, e può interromperla in ogni momento.

Tutte le informazioni raccolte sono tutelate ai sensi del Regolamento EU 2016/679 concernente la "Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali".

DICHIARAZIONE DI STATO DI GRAVIDANZA CERTA o PRESUNTA

E' in stato di **gravidanza** certa o presunta? □ SI □ NO

(data) (firma del Paziente)

CONSENSO INFORMATO del paziente all'esecuzione dell'indagine

IL PAZIENTE

- **Dichiaro** di avere risposto con precisione alle domande del questionario anamnestico.
- **Dichiaro** di essere stato adeguatamente informato sull'indagine, sulle alternative diagnostiche disponibili per il quesito clinico, sui rischi e sulle controindicazioni legate all'esposizione ai campi elettromagnetici generati dall'apparecchiatura RM anche tramite il "modulo informativo" che mi è stato consegnato e chiaramente illustrato.
- **Esprimo** a tal fine **il mio consenso** all'esecuzione dell'indagine.

□ **ACCONSENTO** □ **NON ACCONSENTO**

(data) (firma del Paziente)

(firma del primo genitore, o tutore legale) (firma del secondo genitore)

Per pazienti <13aa sono necessarie le firme di ENTRAMBI i genitori
Per pazienti 13-16aa sono necessarie la firma del paziente e di un genitore (prevalente)
Per pazienti 16-18aa sono necessarie la firma del paziente (prevalente) e di un genitore