

**SCHEDA - QUESTIONARIO PRELIMINARE PER ESAME RM**

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

NATO/A IL \_\_\_\_\_ PESO KG \_\_\_\_\_

QUESITO CLINICO \_\_\_\_\_

PRECEDENTI ESIBITI \_\_\_\_\_

**DICHIARA DI ESSERE O NON ESSERE PORTATORE DI**

PACE MAKER  SI  NO

SISTEMI O POMPE DI INFUSIONE PER FARMACI  SI  NO

VALVOLE O CATETERI CARDIACI  SI  NO

ELETTRODI O NEUROSTIMOLATORI  SI  NO

DERIVAZIONI LIQUORALI  SI  NO

PROTESI DEL CRISTALLINO  SI  NO

DISPOSITIVO INTRAUTERINO  SI  NO

CLIPS O STENTS VASCOLARI  SI  NO

PROTESI DENTARIE FISSE O MOBILI  SI  NO

PROTESI METALLICHE  SI  NO

in caso affermativo, in quale sede anatomica? \_\_\_\_\_

DI AVER SUBITO INTERVENTI CHIRURGICI  SI  NO

in caso affermativo, in quale sede anatomica? \_\_\_\_\_

TRAUMI CON RITENZIONE DI ELEMENTI METALLICI  SI  NO

in caso affermativo, in quale sede anatomica? \_\_\_\_\_

ANEMIA FALCIFORME  SI  NO

CLAUSTROFOBIA  SI  NO

GRAVIDANZA  SI  NO

CAPUA, LI \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PAZIENTE O DELL'ESERCENTE POTESTA' GENITORIA O TUTORIALE

\_\_\_\_\_

FIRMA DEL MEDICO CHE HA VALUTATO LE RISPOSTE

\_\_\_\_\_

**CAPUA CENTER SRL**

P.IVA 02529631216

**DIAGNOSTICA PER IMMAGINI**

Ambulatorio: via S.M. Capua Vetere 95/105  
tel 0823.621448 mail: capuacenter@tin.it

## **NOTA BENE**

***Per essere sottoposti all'esame di Risonanza Magnetica***

**ELIMINARE** dal volto, capelli e/o dal corpo eventuali prodotti cosmetici.

**LASCIARE NELLO SPOGLIATOIO** fermagli o spille o mollette per capelli, occhiali, orologi, gioielli, carte di credito, oggetti comunque metallici (chiavi, monete etc.), vestiti con chiusure lampo, apparecchi per l'udito, dentiere e/o protesi mobili, lenti a contatto, piercing.

## **DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO**

IO SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_

NATO/A A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

essendo stato/a adeguatamente informato/a sulle procedure e metodiche specifiche dell'indagine che ho richiesto, nonché dei rischi claustrofobici e/o connessi all'esecuzione dell'indagine RM

### **do il mio consenso a sottopormi all'esame RM**

CAPUA, LI \_\_\_\_\_ FIRMA DEL PAZIENTE \_\_\_\_\_

IO SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_

NATO/A A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

**esercente potestà genitoriale o tutoriale sul minore** \_\_\_\_\_

NATO/A A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

essendo stato/a adeguatamente informato/a sulle procedure e metodiche specifiche dell'indagine che ho richiesto, nonché dei rischi claustrofobici e/o connessi all'esecuzione dell'indagine RM

### **do il mio consenso a sottoporre il minore all'esame RM**

CAPUA, LI \_\_\_\_\_

Firma dell'esercente la potestà genitoriale o tutoriale

\_\_\_\_\_