



CEDAL CENTRO DIAGNOSTICO ALTO LOMBARDO SRL

CEDAL RADIOLOGIA

Sede legale: 20159 MILANO Piazzale Istria 3
Sede Operativa: 21013 Gallarate Via A. Vespucci 24
Registro Imprese di Milano P. IVA e C.F. 03903370157 – N. REA 978400
Capitale sociale: € 110.000,00 i. v.
P.IVA 03903370157
pec: cedalpec@pec.it



QUESTIONARIO ANAMNESTICO RISONANZA MAGNETICA

La presente scheda è parte integrante della documentazione clinica del Paziente e deve essere consegnata debitamente compilata dal Medico Responsabile dell'indagine RM (Risonanza Magnetica)

Nome e Cognome del Paziente _____

Età _____ anni (compiuti) peso(kg) _____

Nome e Cognome Medico Prescrivente (M.P.) _____

Esame Proposto: _____

Quesito diagnostico (campo obbligatorio)

CONTROINDICAZIONI ASSOLUTE all'esecuzione dell'ESAME RM

L'indagine **NON PUO' ESSERE ESEGUITA** in presenza di una di queste situazioni

Paziente portatore di **pace-maker cardiaco**

Paziente portatore di **schegge o frammenti metallici** in sede oculare, viscerale o intracranica

Paziente portatore di **impianti a rete metallica, espansori tissutali (mammella)**

Paziente portatore di protesi metalliche, impianti cocleari e protesi stapediali, placche o viti, fili, chiodi, distrattori della colonna, clips vascolari ferromagnetiche, valvole cardiache metalliche, catetere di Swan-Ganz, elettrodi endocorporei, neurostimolatori, filtri vascolari, stent e **spiralì metalliche di cui non si conoscono le caratteristiche (Casa costruttrice, tipo e data di impianto) e/o la sicura compatibilità magnetica**

Paziente portatore di Tatuaggio eseguito da meno di 6 mesi

N.B. nel caso di situazioni dubbie è obbligatorio avviare il paziente alla raccolta informativa presso la struttura che ha impiantato il "device" e, successivamente, alla valutazione degli specialisti radiologi della struttura erogante le prestazioni.

CONTROINDICAZIONI RELATIVE all'esecuzione dell'ESAME RM

L'effettiva controindicazione all'effettuazione dell'indagine RM, anche in caso di sussistenza di una sola delle condizioni sotto elencate è valutata dal Medico Responsabile dell'esecuzione dell'Esame

- | | | |
|---|----|----|
| • Claustrofobico | SI | NO |
| • In Stato di gravidanza (settimana? _____) | SI | NO |
| N.B. la Risonanza magnetica è controindicata nel I trimestre | | |
| • Ha febbre | SI | NO |
| • Portatore di protesi del cristallino applicata antecedentemente all'anno 1985 | SI | NO |
| • Portatore di schegge o frammenti metallici in sede non vitali (ha lavorato come Tornitore, saldatore, carrozziere? Ha mai subito incidenti stradali, di caccia o ferite di guerra?) | SI | NO |
| • Ha subito interventi chirurgici su collo, addome, torace arti?
Indicare quali? _____ | SI | NO |
| • Portatore di pompe di infusione di farmaci? _____ | SI | NO |
| • Portatore di dispositivi intrauterini?
Se sì, utile valutazione ginecologica successiva all'esame _____ | SI | NO |
| • Portatore di protesi dentarie fisse o mobili? | SI | NO |
| • Portatore di shunt liquorale ventricolo-peritoneale? | SI | NO |
| • Affetto da anemia falciforme? | SI | NO |
| • Portatore di tatuaggio? Se costituito da materiale ferromagnetico può causare surriscaldamento e/o irritazioni locali fino ad ustioni | SI | NO |
| • Presenza di cosmetici con polveri ferromagnetiche (mascara, eyeliner, etc)? | SI | NO |
| • Portatore di piercing? (può mobilizzarsi o causare ustioni) | SI | NO |

Si informa che l'esposizione a campi magnetici ad onde di radiofrequenza può provocare la perdita di efficacia anticoncezionale del dispositivo intrauterino (IUD): se Lei ne è portatrice, la sua firma vale come accettazione a sottoporsi ugualmente all'esame in questione.

Firma medico radiologo.....

Firma paziente.....