

QUESTIONARIO OBBLIGATORIO PER L'ESECUZIONE DI ESAMI RM (D.M. 02/08/91)

Cognome _____ Nome _____ Peso Kg _____

Controindicazioni assolute:

Pace maker o defibrillatore interno	SI	NO
Protesi cocleari (orecchio interno)	SI	NO
Neurostimolatori e analoghi	SI	NO
Protesi oculari magnetiche	SI	NO

Controindicazioni relative (da valutare)

Clips metalliche vascolari* e non vascolari	SI	NO
Valvole cardiache metalliche*	SI	NO
Punti metallici, schegge metalliche e pallini da caccia	SI	NO
Cateteri spinali o vascolari*	SI	NO
Filtri vascolari e stent	SI	NO
Spirale intrauterina (IUD)	SI	NO
Claustrofobia	SI	NO
Tatuaggi estesi	SI	NO
Anemia falciforme	SI	NO
Gravidanza e allattamento	SI	NO

***In caso di risposta affermativa è necessario fornire documentazione della compatibilità magnetica da parte della struttura che ha effettuato l'intervento.**

Data _____

firma e timbro del Medico curante richiedente _____

Firma del paziente _____

Il paziente in oggetto, dalla valutazione di quanto sopra riportato:

- è **IDONEO** all'esecuzione della Risonanza Magnetica.
- non è **IDONEO** all'esecuzione della Risonanza Magnetica.

Il Medico Radiologo