

Sig./Sig.ra Cognome Nome Data di Nascita

Luogo di Nascita

Residenza (Indirizzo)

QUESTIONARIO INFORMATIVO PER LA PRENOTAZIONE DI ESAMI DI RISONANZA MAGNETICA

Il presente questionario ha lo scopo di accertare l'assenza di controindicazioni all'esame di Risonanza Magnetica. A tal fine, contestualmente all'impegnativa per l'indagine RM, si richiede di compilare attentamente il questionario che segue, per avere informazioni utili ad evitare di sottoporre il paziente ad effetti indesiderati.

Tale questionario, stampabile dal sito dell'ULSS5-Polesana, deve essere firmato dal paziente e dal medico curante.

Il paziente:

è portatore di Dispositivi Cardiaci Impiantabili attivi (pacemaker, defibrillatore, loop recorder)	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
è portatore di Protesi Cocleari	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
è portatore di Neurostimolatori o Stimolatori impiantabili	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
è portatore di Protesi Oculari	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
è portatore di Pompe impiantabili per infusione di farmaci	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
è portatore di Protesi Valvolari	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
è portatore di Stent	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
soffre di claustrofobia	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Qualora una qualsiasi delle risposte risulti essere positiva la prenotazione dell'indagine RM deve essere effettuata di persona dal paziente (o da un suo accompagnatore) presso la Segreteria della Radiologia dell'Ospedale di Rovigo (tel. 0425 393467 / 4329; fax: 0425 394581; mail: segreteria.radiologia@aulss5.veneto.it). Il paziente portatore di dispositivo impiantabile deve portare, oltre al presente Questionario compilato, tutta la documentazione relativa al dispositivo alla Segreteria della Radiologia.

Se tutte le risposte sono negative la prenotazione dell'indagine RM deve essere effettuata al CUP (da tel. fisso: 800 061 644; da cell.: 0425 362000) e, in questo caso, non è necessario compilare il Questionario.

Si raccomanda che il giorno dell'esame il paziente eviti l'uso di cosmetici, gel e lacche.

ANNOTAZIONI EVENTUALI DEL MEDICO CURANTE

.....

.....

Data..... Firma del Medico curante

Firma del paziente