Azienda Sanitaria Locale Br
Via Napoli, 8 – BRINDISI

Presidio Ospedaliero di _____

U.O. RADIODIAGNOSTICA
Direttore:

ESAME R. M. N.
QUESTIONARIO / CONSENSO

Cognome…….. Nome…… Peso……..
nato/a a…….. il……
Provenienza ……..... Esame richiesto ……
Quesito clinico :…….

Modalità della richiesta **Routine** ☐ **Urgente** ☐

ESAMI di LABORATORIO DA ESEGUIRE ENTRO 30 GG DALLA DATA DELL'ESAME

- **AZOTEMIA**
- **CREATININEMIA**
- **DIATESI ALLERGICA** ☐ SI ☐ NO

E' portatore di:

- Clip Ferromagnetiche vascolari (vasi sanguigni, aorta, cervello)? ☐ SI ☐ NO
- Schegge, frammenti metallici o pallini da caccia ☐ SI ☐ NO
- Valvole cardiache, Pace Maker ☐ SI ☐ NO
- Pompa di infusione per insulina o altri farmaci ☐ SI ☐ NO
- Corpi metallici nelle orecchie o impianti per l'udito ☐ SI ☐ NO
- Neuro stimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali ☐ SI ☐ NO
- Corpi intrauterini (IUD) ☐ SI ☐ NO
- Derivazione spinale o ventricolare ☐ SI ☐ NO
- Protesi metalliche, viti, chiodi (per fratture o interventi correttivi) ☐ SI ☐ NO
- Protesi del cristallino antecedenti al 1985 ☐ SI ☐ NO
- Protesi dentarie fisse o mobili ☐ SI ☐ NO
- Tatuaggi e piercing ☐ SI ☐ NO

N.B. RIMOZIONE COSMETICI DAL VOLTO (mascara, eyeliner, ecc.), LACCA E GEL PER CAPELLI

Firma del Medico Responsabile

Data _____ _____

CONSENSO

Si prega di firmare il consenso all'esecuzione dell'esame (eventualmente anche mediante la somministrazione endovenosa di sostanze paramagnetiche in caso di necessità). Il paziente dichiara di essere stato sufficientemente informato sui rischi legati alla tipologia dell'esame ed all'esposizione ai campi elettromagnetici dell'apparecchiatura RMN ed acconsente all'esecuzione dell'esame.

Il Paziente o titolare del consenso

Data _____ _____