



U.O.C.Neuroradiologia



A.O.U "Mater Domini"

Direttore: Prof. Umberto Sabatini

Richiesta e scheda informativa per esecuzione di esame di Risonanza Magnetica (RM) Unità Operativa di Neuroradiologia

IMPORTANTE:

Le informazioni richieste sono indispensabili per garantire l'esecuzione dell'esame in condizioni di regolarità e sicurezza. Non possono assolutamente essere sottoposti ad indagini di RM i portatori di Pace Maker, Valvole Cardiache e Clips Vascolari non amagnetiche (portare sempre documentazione del materiale chirurgico)

COGNOME: _____ NOME: _____

Data/Luogo nascita : _____ Peso: _____ Tel: _____

Professione: _____

Provenienza: Esterno ambulatoriale: Medico richiedente _____

Provenienza: Interno ricoverato: Medico richiedente UO: _____

ESAME RICHIESTO: _____

QUESITO CLINICO: _____

NOTE ANAMNESTICHE: _____

Precedenti esami diagnostici:

RX tradizionale Ecografia TC RM PET/SPECT

Altro _____

Il/la paziente e' stato sottoposto/a ad interventi chirurgici?

SI (Specificare) _____

Portare sempre documentazione dell'intervento e del materiale chirurgico, se presente.

NO

Il/la paziente e' portatore di:

	SI	NO		SI	NO
Anemia drepanocitica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Clips metalliche durali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cristallino artificiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Protesi metalliche fisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sindromi claustrofobiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Protesi metalliche non fisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Derivazioni liquorali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pompe per insulina o altre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stent vascolari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Auricolari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurostimolatori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dispositivo intrauterino IUD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elettrodi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lenti a contatto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schegge o frammenti metallici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Protesi cocleari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pearcing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tatuaggi estesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La paziente è in gravidanza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Il/la paziente e' collaborante?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il/la paziente e' barellato/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

NOTA: nel caso si ritenga probabile la necessità che si debba ricorrere ad ANESTESIA GENERALE per l'esecuzione dell'indagine, il/la paziente dovrà essere fornito/a dei seguenti esami ematochimici (transaminasi, creatininemia, eudocolinesterasi, numero di dibucaina), di ECG e di documentata consulenza anestesiologicala.

INFORMAZIONE GENERALE:

- L'esame a cui Lei verrà sottoposto/a non utilizza raggi X ma un campo magnetico ed onde di radio frequenza analoghe a quelle delle trasmissioni televisive.
 - Le informazioni che Le sono state richieste garantiscono l'esecuzione dell'esame RM in condizioni di sicurezza e regolarità.
 - L'esame che Lei effettuerà non è doloroso né fastidioso. Lei dovrà mantenere per un certo tempo l'immobilità sul lettino per consentire un esame diagnostico di migliore qualità.
 - Durante l'esame sentirà un rumore ritmico che indica il normale funzionamento dell'apparecchiatura. Illuminazione e ventilazione sono regolate per il suo conforto. La preghiamo di rimanere tranquillo durante la durata dell'esame che varia a seconda del tipo di esame necessario alla richiesta clinica.
- Devono essere lasciate prima dell'esame i seguenti oggetti: orologi, carte di credito, tessere magnetiche, i seguenti oggetti metallici: occhiali, forcine, monete, chiavi, cinture, bretelle, ganci, protesi dentarie mobili, lenti a contatto. Vanno asportati i cosmetici dal volto.

La preghiamo di firmare questo modulo a conferma di averlo attentamente letto e di dare conferma all'esecuzione dell'esame.

Data:

Firma del Paziente: _____

Firma del Medico Radiologo: _____

Firma del Medico Richiedente: _____