

Questionario

per la risonanza magnetica



MEDIZINISCH
RADIOLOGISCHES
INSTITUT

Gentile paziente

La risonanza magnetica viene fatta in un campo magnetico molto forte, per cui Lei non deve portare metalli su di sé. Apparecchi elettronici o carte munite di banda magnetica o Chipcard possono essere messi fuori funzione dal campo magnetico.

La preghiamo dunque di rispondere alle seguenti domande facendo le croci ai posti indicati.

Attenzione!

Prima di entrare nella sala d'esame deve togliersi tutti gli oggetti metallici o magnetici come per esempio:

Orologio, portafoglio, gioielli, borse, monete, occhiali, lenti a contatto, apparecchi acustici, mollette e parrucchini.

Il contenuto di carte magnetiche (per esempio carte bancarie o di credito) e di altri mezzi elettronici di memorizzazione per esempio stick USB) viene cancellato dal campo magnetico.

Anche le persone che la accompagneranno nella sala di esamiazioni devono eseguire queste precauzioni. Si rivolga a noi per avere ulteriori dettagli.

Cognome:	<input type="text"/>
Nome:	<input type="text"/>
Data di nascita:	<input type="text"/>

Nel o su sul suo corpo è presente uno dei seguenti oggetti?

	Sì	No
- Pacemaker/defibrillatore?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Neurostimolatore?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Pompa per insulina/pompa per medicinali o sensore di glucosio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Impianto cocleare (impianto nell'orecchio interno)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Shunt ventricolo-peritoneale (shunt VP)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Clip per aneurisma delle arterie cerebrali?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Apparecchio acustico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Protesi dentaria estraibile?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Piercing/tatuaggio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ha subito una ferita da schegge metalliche o da arma da fuoco?

Sì No

Soffre di malattie o disfunzioni renali?

Sì No

Soffre di allergie?

Se sì: quali?

Sì No

Sei mai stato ricoverato in ospedale per una grave reazione allergica?

Sì No

Altezza: cm

Peso: kg

Domande per donne

Sì No

È, o potrebbe essere incinta?

Sì No

Se è incinta: di quanti mesi?

In caso di una inchiarezza, si prega di contattare il nostro personale!

Certifico di avere capito le domande ed aver risposto coscientemente alle stesse.

Data:

Firma:

Visto MTRA:

