



ANALISI MEDICHE PAVANELLO SRL

PADOVA

PONTE DI BRENTA Via Bravi, 49/51 Tel. 049 622.52.11
CENTRO Via Sancin, 38 Tel. 049 87.55.499
SCROVEGNI Via Scrovegni, 10/A Tel. 049 87.59.311

GUIZZA Via Afieri, 13 Tel. 049 68.73.00
ALBIGNASEGO Via Barbarigo, 9 Tel. 049 86.25.966
PIAZZOLA S.B. Via Ing. e/o Julificio, 1 Tel. 049 96.00.680

VENEZIA

MARGHERA Via Poolucci, 36 Tel. 041 92.08.11
MIRA Via Bologna, 5/A Tel. 041 42.47.00
DOLO Via Garibaldi, 52 Tel. 041 41.24.36

Direttori Sanitari: Dott. Girolamo Pavanello, Dott. Andrea Luigi Fabrello, Dott. Gian Eugenio Lanzone, Dott. Luca Gerini



CI-DXI-03_02

RADIOLOGIA E DIAGNOSTICA PER IMMAGINI QUESTIONARIO PRELIMINARE E CONSENSO INFORMATO DEL PAZIENTE ALL'ESECUZIONE DI UN ESAME DI RISONANZA MAGNETICA

L'esame di Risonanza Magnetica si avvale di un campo magnetico e di radiofrequenze (del tipo delle trasmissioni radiotelevisive), e non prevede l'uso di radiazioni ionizzanti (raggi X) o di sostanze radioattive; l'esame, pertanto, alle conoscenze attuali, non è nocivo per il corpo umano. In alcuni casi il campo magnetico può produrre effetti indesiderati; si prega perciò, al fine di escludere l'insorgenza di tali effetti, di leggere attentamente il successivo questionario, di rispondere a tutte le domande di seguito indicate e di firmarlo in segno di consenso libero e informato.

Dati Paziente:

Nome Cognome.....

Nat.... a..... Prov..... il.....

Residente a Prov..... Via.....

Tel.....

Quanti chilogrammi pesa? _____ Kg Soffre di claustrofobia? SI NO

Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere? SI NO

Ha mai subito incidenti stradali o di caccia? SI NO E' stato vittima di traumi da esplosioni? SI NO

Ha subito interventi chirurgici su **Testa** SI NO **Collo** SI NO **Torace** SI NO

Addome SI NO **Estremità** SI NO **Altro** SI NO

E' portatore di:

Pace-maker cardiaco o altro tipo di cateteri cardiaci? SI NO

Clips (punti metallici) su aneurismi (vasi sanguigni) aorta, cervello? SI NO

Valvole cardiache? SI NO

Distrattori (protesi) della colonna vertebrale? SI NO

Pompa di infusione per insulina o altri farmaci? SI NO

Corpi metallici nelle orecchie o impianti per udito? SI NO

Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali? SI NO

Catetere spinale o ventricolare (in pazienti affetti da idrocefalo) SI NO

Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi articolari Correttivi, etc.) viti, chiodi, fili etc. SI NO

Eventuale localizzazione

Protesi dentarie fisse? SI NO Mobili? SI NO Protesi del cristallino? SI NO

Schegge o frammenti metallici? SI NO E' portatore di piercing, tatuaggi, cerotti medicati? SI NO

E' affetto da anemia falciforme (anemia mediterranea) con ematocrito elevato? SI NO

E' sottoposto a dialisi? SI NO

Per le donne:

E' in stato di gravidanza? SI NO Data ultime mestruazioni Porta spirale endouterina (IUD)? SI NO

A CURA DEL PAZIENTE: Dichiaro di avere risposto con precisione ed esaurientemente alle domande sopra elencate. Dichiaro inoltre di essere stato adeguatamente informato sull'indagine da effettuare ed esprimo a tal fine il mio consenso.

Data _____ Firma Paziente _____

A CURA DEL MEDICO RICHIEDENTE: In base ai dati anamnestici forniti dal Paziente ed ai dati clinici attualmente in mio possesso, non si rilevano discrepanze rispetto a quanto dichiarato.

Data _____ Firma Medico Richiedente _____

A CURA DELLA STRUTTURA: Dichiaro di avere attentamente visionato quanto dichiarato dal Paziente e dal Medico Richiedente.

Data _____ Firma dell'Operatore Tecnico: _____ Firma del Radiologo: _____