



**POLICLINICO  
UNIVERSITARIO**  
DIAGNOSTICA PER  
IMMAGINI

## QUESTIONARIO DA COMPILARE PRIMA DI UN ESAME RM

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

La preghiamo di rispondere attentamente alle seguenti domande:

- E' portatore di Pace-maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci?**  SI  NO
- Soffre di claustrofobia?  SI  NO
  - Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere?  SI  NO
  - Ha mai subito incidenti stradali, incidenti di caccia?  SI  NO
  - E' stato vittima di traumi da esplosioni?  SI  NO
  - Per le signore:
    - o E' in stato di gravidanza?  SI  NO
    - o Quando sono avvenute le ultime mestruazioni? \_\_\_\_\_
  - Ha subito interventi chirurgici?  SI  NO
  - Se SI quale/i? \_\_\_\_\_
  - E' stato operato di derivazione spinale o peritoneale?  SI  NO
  - E' portatore di:
    - o Schegge, proiettili, frammenti metallici nel proprio corpo?  SI  NO
    - o Clip su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello?  SI  NO
    - o Valvole cardiache?  SI  NO
    - o Distrattori della colonna vertebrale?  SI  NO
    - o Pompa di infusione per insulina o altri farmaci?  SI  NO
    - o Corpi metallici nelle orecchie o impianti per l'udito?  SI  NO
    - o Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali?  SI  NO
    - o Corpi intrauterini (diaframma, spirale, ecc.)?  SI  NO
    - o Derivazione spinale o ventricolare?  SI  NO
    - o Protesi metalliche, viti, chiodi, fili metallici, ecc.  SI  NO
    - o *localizzazione:* \_\_\_\_\_
    - o Protesi dentarie fisse o mobili?  SI  NO
    - o *localizzazione:* \_\_\_\_\_
    - o Protesi del cristallino  SI  NO
    - o Se SI, in che data? \_\_\_\_\_
    - o Protesi oculari?  SI  NO
  - E' affetto da anemia falciforme?  SI  NO
  - E' stato già sottoposto ad esame di RM?  SI  NO
  - Se SI, in che data? \_\_\_\_\_

**PER EFFETTUARE L'ESAME OCCORRE:**

- Togliere eventuali lenti a contatto, apparecchi per l'udito, dentiera, corone temporanee mobili, cinta sanitaria;
- Togliere fermagli per capelli, mollette, occhiali, gioielli, orologi, carte di credito o altre schede magnetiche (Bancomat), coltelli tascabili, ferma soldi, monete, chiavi, ganci automatici, bottoni metallici, spille, vestiti con lampo, pinzette metalliche, punti metallici (ad esempio applicati agli indumenti in tintoria), limette, forbici ed altri eventuali oggetti metallici;
- Asportare cosmetici dal volto.

Data \_\_\_\_\_

**Firma del medico responsabile  
dell'esecuzione dell'esame**

\_\_\_\_\_

**Firma del medico curante**

\_\_\_\_\_

**Firma del paziente**

\_\_\_\_\_