SCHEDA DI CONSENSO ALL'EROGAZIONE DI ESAME RMN

COGNOME NOME NATO IL

	SI	NO
soffre di claustrofobia		
lavora o ha mai lavorato come saldatore, tornitore o carrozziere		
ha mai subito incidenti stradali o incidenti di caccia		
è mai stato vittima di traumi da esplosione		
è in stato di gravidanza		
ha mai subito interventi chirurgici(se si indicare il distretto)		
E' portatore di:		
schegge e frammenti metallici		
clips metalliche su aneurismi(vasi sanguigni) es.aorta, encefalo,		
valvole cardiache artificiali		
distrattori di colonna vertebrale		
pompe da infusione per insulina o altri farmaci		
pace maker cardiaco o altri tipi di stimolatori o cateteri cardiaci		
corpi metallici nelle orecchie o impianti per l'udito		
neuro/elettrostimolatori, elettrodi o cateteri cerebrali o subdurali		
derivazioni spinali o ventricolari		
corpi intrauterini		
protesi di cristallino		
protesi o mezzi di sintesi metallici per pregresse fratture o per interventi correttivi articolari ecc.		
protesi dentarie fisse o mobili		
è affetto da anemia falciforme		

Per effettuare l'esame occorre togliere:
lenti a contatto, apparecchi per l'udito, dentiera, corone temporanee mobili, cinta sanitaria, fermagli per capelli, mollette, occhiali, gioielli, orologi, carte di credito o altre schede magnetiche, coltelli tascabili, ferma soldi, monete, chiavi, ganci automatici, bottoni metallici, spille, vestiti con cerniere lampo, pinzette metalliche, punti metallici, limette, forbici, ed altri eventuali oggetti metallici

_L_ SOTTOSCRITT__,CONFERMANDO DI AVER LETTO IL DOCUMENTO IN OGNI SUA PARTE, DI AVERNE BEN COMPRESO IL CONTENUTO, E DI AVERE COMPILATO ATTENTAMENTE IL QUESTIONARIO, ESPRIME CONSENSO LIBERO ED INFORMATO ALL'ESECUZIONE DELL'ESAME

DATA ESECUZIONE ESAME _____

FIRMA

_____