

Questionario preliminare all'esecuzione dell'esame di Risonanza Magnetica con o senza mezzo di contrasto 08/05/2017

ETICHETTA

Controindicazione assoluta

SI	NO	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pace maker cardiaco
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Elettrodi endocorporei
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Catetere di Swan-Ganz
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Clip su aneurisma cerebrale o dell'aorta (anno.....)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Impianti acustici metallici fissi
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pompa insulinica o altri dispositivi di infusione
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurostimolatori-stimolatori di crescita ossea
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Protesi del cristallino antecedenti al 1985 e/o impianti oculari magnetici
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Corpi estranei ferromagnetici (intracranici-oculari-viscerali)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Protesi valvolare cardiaca meccanica (tipo:.....)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Protesi peniena-protesi mammaria con valvola magnetica
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gravidanza (primo trimestre) o sospetta

Controindicazione relativa

SI	NO	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Protesi valvolare cardiaca biologica (tipo.....)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stent, filtri, spirali metalliche
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Derivazione ventricolo-peritoneale o spirale
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Placche, viti, chiodi, mezzi di osteosintesi, distrattori della colonna vertebrale e ferromagnetici, punti e graffe metalliche
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia falciforme
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gravidanza (secondo e terzo trimestre)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Corpo estraneo ferromagnetico in sedi non nobili

Controindicazioni limitanti

SI	NO	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Claustrofobia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Movimenti involontari
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Apparecchio odontoiatrico
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Protesi dentarie fisse

Da compilare solo in caso di RM con mezzo di contrasto

PESO CORPOREO IN KG VALORE CREATININEMIA

LUOGO DATA.....

FIRMA DEL PAZIENTE

FIRMA DEL MEDICO