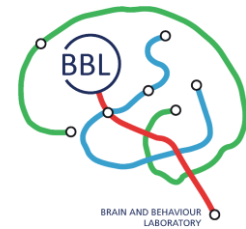


Questionario di sicurezza per partecipanti a studi di risonanza magnetica



La risonanza magnetica (MRI) è completamente non invasiva. L'esame può essere relativamente rumoroso e per questo le sarà fornita una protezione per l'udito. La risonanza magnetica utilizza un intenso campo magnetico e onde radio. Per evitare qualsiasi rischio, si prega di compilare il presente questionario e di consegnarlo all'operatore PRIMA DI ENTRARE NELLA SALA DI MRI. È inoltre necessario rimuovere tutti gli oggetti metallici (apparecchi acustici, dentiere, forcine, gioielli, piercing, chiavi, telefoni cellulari, occhiali, orologi, borse e indumenti con parti metalliche).

COGNOME:	Nome :		Sesso :	
Data di nascita :	Altezza : cm	Peso : kg	<input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femmina <input type="checkbox"/> Altro	

Ha già fatto una risonanza magnetica ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Se sì, ci sono stati problemi durante o dopo la scansione?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Ha oggetti metallici o frammenti nel vostro corpo?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Ha una clip per aneurisma o una bobina ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Ha o potreste avere un oggetto metallico o un frammento nell' occhio ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Nella sua professione è stato esposto a frammenti metallici (metallurgica industria, molatura, saldatura, ecc.)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Ha un pacemaker cardiaco o un defibrillatore cardioverter impiantato (ICD)?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Ha una pompa per insulina o un altro dispositivo di infusione di farmaci impiantato?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Ha un impianto cocleare o un altro impianto auricolare , un sistema di neurostimolazione o qualsiasi altro impianto o dispositivo elettronico o magnetico?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Ha elettrodi o fili interni , una porta di accesso vascolare , un catetere o un dispositivo simile nel tuo corpo?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Ha una protesi valvolare cardiaca , un arto artificiale o protesico, uno stent metallico, filtro , una protesi articolare , una placca ossea , una vite , un chiodo o un filo metallico?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Ha altri tipi di impianti ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Ha subito un intervento chirurgico nelle ultime sei settimane?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Ha un dispositivo intrauterino (IUD), un diaframma o un pessario (anello) ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
È possibile che lei sia incinta ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Soffre di claustrofobia ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Le è possibile sdraiarsi sulla schiena per lunghi periodi senza problemi ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Ha un apparecchio acustico , una protesi dentaria o piastre parziali , bretelle , filo metallico di contenimento?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Indossa un cerotto per farmaci (nicotina, nitroglicerina, ...)?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Ha tatuaggi o trucco permanente , o piercing al corpo?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Data :	Firma del partecipante :
--------	--------------------------

<input type="checkbox"/> Approvato <input type="checkbox"/> Rifiutato	Data :	Firma dell'operatore :
--	--------	------------------------