

 Casa di Cura Villa Pini d'Abruzzo	CASA DI CURA VILLA PINI D'ABRUZZO	M-DI-42
	SERVIZIO DI RADIOLOGIA	Rev. n. 5
	SCHEDA NOTIZIE ACCOMPAGNATORE/OSPITE/VISITATORE/PERSONALE PER ACCESSO IN SALA RM	Ultima Rev.: 01/02/2023

DATI

Cognome e Nome _____ Data e luogo di nascita _____

- Dipendente** della Casa di Cura. Mansioni presso la sala RM: _____
 Ospite
 Accompagnatore
 Visitatore

Nel servizio di RM ha necessità di entrare nella sala magnete? SI NO
 In caso di risposta affermativa specificare il motivo _____

L'ambiente in cui verrà a trovarsi è caratterizzato dalla presenza di un intenso campo magnetico. Pertanto, La preghiamo di volerci fornire le seguenti notizie:

QUESTIONARIO PRELIMINARE			
		SI	NO
È affetto da:	anemia falciforme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	cardiopatía grave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
È portatore di:	pacemaker cardiaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	altri tipi di cateteri cardiaci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	protesi cardiovascolari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	valvole cardiache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	pompe per infusione di farmaci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	neuro stimolatori, elettrodi endocerebrali o sottodurali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	clips endocraniche, endoorbitarie, endovascolari.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	sonde di derivazione ventricolare o spinale.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	distrattori della colonna vertebrale.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	protesi auricolari o oculari.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	protesi ortopediche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	protesi dentarie fisse o mobili.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	corpi intrauterini.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
altre protesi o corpi metallici (punti, chiodi, fili, ecc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
schegge o corpi metallici dovuti a traumi, colpi di arma da fuoco, esplosioni.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
È stato sottoposto a interventi chirurgici:			
<input type="checkbox"/> testa _____ <input type="checkbox"/> addome _____ <input type="checkbox"/> collo _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> estremità _____ <input type="checkbox"/> torace _____ <input type="checkbox"/> altro _____			
È in stato di gravidanza (data dell'ultima mestruazione _____)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
È stato vittima di traumi stradali/incidenti.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
È stato vittima di incidenti di caccia o di esplosioni.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lavora o ha lavorato come fabbro, tornitore, saldatore, carrozziere, addetto alla lavorazione di vernici metallizzate.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si prega di comunicare rapidamente qualunque variazione di quanto sopra dichiarato, in particolare qualunque incidente o ricovero ospedaliero.

Nelle aree dove c'è campo magnetico non bisogna avere con sé i seguenti oggetti: occhiali, oggetti o utensili ferro-magnetici, orologi, carte di credito, tessere magnetiche, monete, chiavi, fibbie metalliche.

Data _____

Firma del Medico Responsabile _____

Il presente modulo deve essere firmato come conferma di averlo letto attentamente e di averlo interamente compreso in tutte le sue parti.

Data _____

Firma dell'interessato _____