



COGNOME.....	NOME.....	Sesso:	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F
Data di nascita .....	Altezza:.....cm	Peso:.....Kg.		

- Ha eseguito in precedenza esami RM?  SI  NO
- Soffre di claustrofobia?  SI  NO
- E' in stato di gravidanza certa o presunta?  SI  NO
- Ha subito interventi chirurgici su:  SI  NO
  - Testa .....
  - Addome .....
  - Collo.....
  - Estremità .....
  - Torace.....
  - Occhi.....
  - Altro.....
- E' a conoscenza di avere uno o più dispositivi medici o corpi metallici all'interno del corpo?  SI  NO
- E' portatore di:
  - PaceMaker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci?  SI  NO
  - Schegge o frammenti metallici?  SI  NO
  - Clip su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, endocranici, altro?  SI  NO
  - Valvole cardiache?  SI  NO
  - Stent?  SI  NO
  - Defibrillatori impiantati?  SI  NO
  - Distrattori della colonna vertebrale?  SI  NO
  - Pompa di infusione per insulina o altri farmaci?  SI  NO
  - corpi metallici nelle orecchie o impianti per udito?  SI  NO
  - Neurostimolatori, elettrodi impiantati a sede cerebrale o subdurali?  SI  NO
  - Altri tipi di stimolatori?  SI  NO



- Dispositivo intrauterino (IUD)?  SI  NO
- Derivazione spinale o ventricolare?  SI  NO
- Protesi dentarie fisse o mobili?  SI  NO
- Protesi metalliche (per fratture, etc.), viti, chiodi, filo, etc.?  SI  NO
- Altre protesi?  SI  NO

Localizzazione .....

- Ritiene di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe NON essere a conoscenza?  SI  NO
- E' portatore di piercing?  SI  NO

Localizzazione .....

- Ha tatuaggi?  SI  NO

Localizzazione.....

- Sta utilizzando cerotti medicali?  SI  NO

- Soffre di allergie  SI  NO

✓ *Se sì, ha eseguito preparazione antiallergica?*  SI  NO

- Soffre di insufficienza renale?  SI  NO

Valore della creatinina.....e GRF.....

Firma del medico responsabile dell'esecuzione

data

.....

**Attestazione di presa visione del questionario anamnestico**

Nome e Cognome in stampatello del paziente, del delegato o di altro soggetto legittimato

.....

Firma del paziente, del delegato o di altro soggetto legittimato .....