

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
