

## Questionario per il paziente per la tomografia a risonanza magnetica (TRM)

Cognome/nome: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_\_

### Porta uno dei seguenti dispositivi medici impiantati?

- |  |                               |                             |
|--|-------------------------------|-----------------------------|
| – Pacemaker cardiaco / defibrillatore                            | Sì <input type="checkbox"/> * | No <input type="checkbox"/> |
| – Neurostimolatore   | Sì <input type="checkbox"/> * | No <input type="checkbox"/> |
| – Microinfusore per insulina / pompa per infusione di medicinali | Sì <input type="checkbox"/> * | No <input type="checkbox"/> |
| – Impianto cocleare  | Sì <input type="checkbox"/> * | No <input type="checkbox"/> |
| – Valvola cardiaca / clip vascolari                              | Sì <input type="checkbox"/> * | No <input type="checkbox"/> |
| – Shunt arteriovenoso  | Sì <input type="checkbox"/> * | No <input type="checkbox"/> |

\* In caso affermativo, l'esame NON può essere eseguito o può essere condotto solo con determinate limitazioni.  
Abbiamo bisogno dei seguenti dati: marca, produttore, data dell'intervento, nome del chirurgo / della clinica

### Nel Suo corpo sono presenti parti metalliche quali le seguenti?

- |   |                             |                             |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| – Articolazioni artificiali                             | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| – Viti o materiali simili dopo un intervento chirurgico | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

In caso affermativo, fornisca informazioni su materiale, anno dell'intervento e sede dell'intervento

- |  |                             |                             |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| – È mai stato ferito da parti o schegge metalliche?                        | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| – Soffre di una malattia renale?   | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| – Soffre di allergie?  | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| – Porta un make-up permanente, tatuaggi,<br>piercing o aghi da agopuntura? | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

### Peso corporeo / altezza

Peso: \_\_\_\_\_ Altezza: \_\_\_\_\_

### Domande aggiuntive per i pazienti

- |  |                             |                             |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| – È o potrebbe essere attualmente in gravidanza? | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| – Attualmente allatta al seno?                   | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| – Porta una spirale di rame?                     | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

Prima di entrare nell'area con campo magnetico intenso deve togliere obbligatoriamente dal corpo gli oggetti seguenti (sono disponibili cassette di sicurezza):

occhiali, protesi dentarie rimovibili, apparecchi acustici, cerotti ormonali, termici o antidolorifici, gioielli, orologi, denaro, carte di credito, materiale per scrivere e chiavi, coltellini tascabili, accendini, abiti contenenti metalli, fermagli per capelli, reggiseno e altri ausili esterni (per es. cinto erniario). I piercing devono essere rimossi!

Confermo di aver risposto in tutta coscienza alle domande e di aver letto le informazioni per il paziente (pagina 2), e acconsento all'esame.

Berna \_\_\_\_\_ Firma del paziente (eventualmente del medico): \_\_\_\_\_

Berna \_\_\_\_\_ Firma del TSRM / radiologo: \_\_\_\_\_