

SCHEDA DI ACCESSO - RISONANZA MAGNETICA
Riservato a visitatori, accompagnatori e a tutti coloro che accedono alla zona controllata (appendice 2 del DM 14.01.2021)
 SC Radiologia - Diagnostica per Immagini

Cognome: _____
 Nome: _____
 Nato a: _____ il ____/____/____
 Indicare se visitatore, accompagnatore, altro _____

QUESTIONARIO PRELIMINARE ALL'ACCESSO ALLA ZONA CONTROLLATA RM (appendice 2 del DM 14.01.2021)

Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere?	Sì	No
Ha mai subito incidenti stradali, incidenti di caccia?	Sì	No
È stato vittima di traumi da esplosioni?	Sì	No
Ultime mestruazioni avvenute: _____ (segnalare eventuale stato di gravidanza)	Sì	No
Ha subito interventi chirurgici su: <input type="checkbox"/> testa <input type="checkbox"/> collo <input type="checkbox"/> addome <input type="checkbox"/> estremità <input type="checkbox"/> torace <input type="checkbox"/> altro: _____	Sì	No
È a conoscenza di avere uno o più dispositivi medici o corpi metallici all'interno del corpo?	Sì	No
È portatore di pace-maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci? */** <small>NOTE: *Controindicazioni assolute all'esame che necessitano di valutazione da parte del Medico Radiologo **Esistono device RM compatibili, che vanno messi in pausa o disattivati durante l'esame e riprogrammati successivamente, per cui l'esame va concordato prima, previo parere cardiologico e valutazione della documentazione fornita dal fabbricante del dispositivo (contattare il reparto di radiologia ai recapiti indicati in informativa)</small>	Sì	No
È portatore di schegge o frammenti metallici?	Sì	No
È portatore di clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello?	Sì	No
È portatore di valvole cardiache?	Sì	No
È portatore di stents?	Sì	No
È portatore di defibrillatori impiantati?	Sì	No
È portatore di distrattori della colonna vertebrale?	Sì	No
È portatore di pompa di infusione per insulina o altri farmaci?	Sì	No
È portatore di corpi metallici nelle orecchie o impianti per udito?	Sì	No
È portatore di neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali?	Sì	No
È portatore di altri tipi di stimolatori?	Sì	No
È portatore di corpi intrauterini? (dispositivi di contraccezione intrauterini)	Sì	No
È portatore di derivazione spinale o ventricolare?	Sì	No
È portatore di protesi dentarie fisse o mobili?	Sì	No
È portatore di protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, ecc.), viti, chiodi, filo, ecc.	Sì	No
È portatore di altre protesi? Localizzazione	Sì	No
Ritiene di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe NON esserne a conoscenza? Informazioni supplementari	Sì	No
È portatore di protesi del cristallino?	Sì	No
È portatore di piercing? Localizzazione	Sì	No
Presenta tatuaggi? Localizzazione.....	Sì	No
Sta utilizzando cerotti medicali?	Sì	No
Informazioni supplementari		

Firma leggibile e timbro del Medico Responsabile della sicurezza clinica e dell'efficacia diagnostica dell'apparecchiatura RM o suo delegato

Data: _____

 <p>PRC 13</p>	<p>SCHEDA DI ACCESSO - RISONANZA MAGNETICA Riservato a visitatori, accompagnatori e a tutti coloro che accedono alla zona controllata (appendice 2 del DM 14.01.2021) <i>SC Radiologia -Diagnostica per Immagini</i></p>	<p>rev. 11/2024 Retro</p>
--	--	---------------------------------------

Per accedere alla ZONA CONTROLLATA occorre rimuovere:

eventuali lenti a contatto - apparecchi per l'udito - dentiera - corone temporanee mobili - cinto erniario - 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 lampo - calze di nylon – indumenti in acrilico - pinzette metalliche - punti metallici - limette - forbici - altri eventuali oggetti metallici.

All'interno della ZONA CONTROLLATA non possono essere portati oggetti o dispositivi elettrici se non espressamente autorizzati dal personale presente nel sito RM deputato all'accompagnamento del soggetto durante la sua presenza. Il tempo di permanenza all'interno delle zone di rischio deve essere limitato allo stretto necessario per compiere le attività per le quali ne è stato consentito l'accesso e comunque nelle massime condizioni di ottimizzazione della sua sicurezza.

Il Medico Responsabile della sicurezza clinica e dell'efficacia diagnostica dell'apparecchiatura RM (o suo delegato) preso atto delle risposte fornite dal soggetto ed espletati tutti gli accertamenti del caso,

autorizza l'accesso al sito RM

NON autorizza l'accesso al sito RM

per il seguente motivo _____

Firma del MEDICO RESPONSABILE DELLA SICUREZZA CLINICA E DELL'EFFICACIA
 DIAGNOSTICA DELL'APPARECCHIATURA RM o suo delegato

Data

.....

.....

CONSENSO INFORMATO ALL'ACCESSO AL SITO RM

Il soggetto deputato all'accesso, mediante colloquio medico e presa visione della nota informativa n. 115, ritiene di essere stato sufficientemente informato sui rischi e sulle controindicazioni legate all'esposizione ai campi elettromagnetici generati dall'apparecchiatura RM. Pertanto, consapevole dell'importanza delle risposte fornite e dei rischi presenti,

ACCONSENTE AD ACCEDERE AL SITO RM

NON ACCONSENTE AD ACCEDERE AL SITO RM

Si impegna infine ad attenersi alle indicazioni che verranno fornite dal personale.

Data _____

Firma del MEDICO RESPONSABILE DELLA SICUREZZA CLINICA E
 DELL'EFFICACIA DIAGNOSTICA DELL'APPARECCHIATURA RM o suo delegato

Firma del SOGGETTO DEPUTATO
 ALL'ACCESSO AL SITO RM

.....

.....

Eventuale revoca del consenso _____ data ____/____/____
Firma del soggetto deputato all'accesso al sito RM _____
Firma Medico _____