



CENTRO MEDICO CHIRURGICO IMPLANTOLOGICO DEL VENETO

ORTODONT SRL

Via Masotto, 4 – 36025 NOVENTA VICENTINA (VI) Tel. 0444.760303 – Email info@cmciveneto.it – Web www.cmciveneto.it
Dir. San. Dr. Sergio Dovigo Iscr. Ord. VI n.3793 Aut. San. 12091

Cognome Nome _____ Data di nascita _____

L'esame di Risonanza Magnetica è alla luce di quanto spiegatoLe, secondo le conoscenze attuali, innocuo per l'organismo umano. Tuttavia:

- In alcuni casi l'esame può provocare importanti effetti indesiderati e non può quindi essere eseguito (gruppo "A")
- In altri casi può essere eseguito tranquillamente ma solo dopo valutazione medica o alcune avvertenze (gruppo "B")

Pertanto, allo scopo di individuare eventuali situazioni a rischio e garantire la più totale sicurezza è necessario compilare il seguente questionario.

GRUPPO "A" (RM NON ESEGUIBILE)

E' portatore di:

pacemaker o defibrillatore interno	SI	NO
protesi cocleari (orecchio interno)	SI	NO
neurostimolatori o stimolatori di crescita ossea	SI	NO
protesi oculari magnetiche	SI	NO
peso superiore ai 100 Kg	SI	NO

GRUPPO "B" (NECESSARIA VALUTAZIONE MEDICA AVVERTENZE)

E' portatore di:

clips vascolari cerebrali (aneurisma)*	SI	NO
protesi o viti ortopediche	SI	NO
protesi otologiche (orecchio medio)*	SI	NO
espansori mammari	SI	NO
protesi vascolari cardiache*	SI	NO
protesi peniene*	SI	NO
impianti oculari (molle palpebrali, punti retinici)*	SI	NO
punti metallici da pregresso intervento	SI	NO
schegge metalliche, proiettili	SI	NO
frammenti metallici intraoculari	SI	NO
cateteri di derivazione spinale o ventricolare*	SI	NO
cateteri di Swan-Ganz	SI	NO
filtro vascolare, stent	SI	NO
spirale intrauterina (IUD) e diaframma contraccettivo*	SI	NO
tatuaggi estesi	SI	NO
soffre di claustrofobia	SI	NO
pompe impiantabili per infusione di farmaci non RM compatibili	SI	NO
soffre di anemia falciforme	SI	NO
è in gravidanza o presume di esserlo	SI	NO
soffre di asma o allergie (farmaci, mezzi di contrasto ecc.)	SI	NO
ha subito operazioni chirurgiche	SI	NO

In caso di risposta affermativa indicare quali interventi ha subito:

*In caso di risposta affermativa è necessario fornire documentazione di compatibilità magnetica da parte di struttura che ha effettuato l'intervento.

Dichiaro di avere risposto con precisione alle domande sopra elencate. Dichiaro anche di essere stato adeguatamente informato sulla indagine che devo effettuare ed esprimo a tal fine il mio consenso.

Noventa Vicentina, _____ Firma _____

A CURA DEL MEDICO RICHIEDENTE: In base ai dati anamnestici forniti dall'utente ed ai dati clinici attualmente in mio possesso NON si rilevano discrepanze rispetto a quanto dichiarato dal Sig. _____

Noventa Vicentina, li _____ Firma del Medico richiedente _____

Firma del Medico Radiologo Responsabile _____