

per la risonanza magnetica

IT

Gentile paziente

La risonanza magnetica viene fatta in un campo magnetico molto forte, per cui Lei non deve portare metalli su di sé. Apparecchi elettronici o carte munite di banda magnetica o Chipcard possono essere messi fuori funzione dal campo magnetico.

La preghiamo dunque di rispondere alle seguenti domande facendo le croci ai posti indicati.

Attenzione!

Prima di entrare nella sala d'esame deve togliersi tutti gli oggetti metallici o magnetici come per esempio:

Orologio, portafoglio, gioielli, borse, monete, occhiali, lenti a contatto, apparecchi acustici, mollette e parrucchini.

Il contenuto di carte magnetiche (per esempio carte bancarie o di credito) e di altri mezzi elettronici di memorizzazione per esempio stick USB) viene cancellato dal campo magnetico.

Anche le persone che la accompagneranno nella sala di esamazioni devono eseguire queste precauzioni. Si rivolga a noi per avere ulteriori dettagli.

Cognome:

Nome:

Data di nascita:

Nel o su sul suo corpo è presente uno dei seguenti oggetti?

Sì

No

<input type="checkbox"/> Pacemaker/defibrillatore?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Neurostimolatore?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Pompa per insulina/pompa per medicinali o sensore di glucosio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Impianto cocleare (impianto nell'orecchio interno)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Shunt ventricolo-peritoneale (shunt VP)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Clip per aneurisma delle arterie cerebrali?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Apparecchio acustico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Protesi dentaria estraibile?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Piercing/tatuaggio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ha subito una ferita da schegge metalliche o da arma da fuoco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Soffre di malattie o disfunzioni renali?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Soffre di allergie? Se sì: quali?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Altezza: <input type="text"/> cm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Peso: <input type="text"/> kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Domande per donne

Sì

No

<input type="checkbox"/> È, o potrebbe essere incinta? Se è incinta: di quanti mesi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

In caso di una inchiarezza, si prega di contattare il nostro personale!

Certifico di avere capito le domande ed aver risposto coscientemente alle stesse.

Data:

Firma:

Visto MTRA: