



SIG.: _____

INDIRIZZO ABITAZ.: _____

DATA DI NASCITA: _____

PESO: _____ Kg TELEFONO: _____

TIPOLOGIA DI RISCHIO	Si	No	
Soffre di claustrofobia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ha mai lavorato/lavora come saldatore, tornitore, carrozziere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ha mai subito incidenti stradali, incidenti di caccia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
E' stato vittima di traumi da esplosioni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
E' in stato di gravidanza? Ultime mestruazioni avvenute: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ha subito interventi chirurgici? Testa, Collo, Torace, Addome, Estremità, Altro: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
E' portatore di:	Precisazione	Si	No
- schegge o frammenti metallici?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- valvole cardiache?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- distrattori della colonna vertebrale?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- pompa di infusione per insulina o altri farmaci?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- pace-maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- corpi metallici nelle orecchie od impianti per udito?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- neurostimulatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- corpi intrauterini?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- derivazione spinale o ventricolare?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, etc.) viti , chiodi, filo, etc. ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Protesi dentarie fisse o mobili?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E' affetto da anemia falciforme?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sta utilizzando prodotti medicinali in cerotti transdermici?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Correzione lenti? Gradazione (sx) _____ Gradazione (dx) _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Preferenza manuale? _____

Per effettuare l'esame occorre togliere:

- lenti a contatto, apparecchi per l'udito, dentiera, corone temporanee mobili, cinta sanitaria.
- cosmetici dal volto e/o dal corpo, fermagli, mollette, occhiali, gioielli, cellulari, limette
- orologi, carte di credito, schede magnetiche, coltelli tascabili, forbici, punti metallici

NOTE ANAMNESTICHE

 Idoneo Non idoneo

Data e firma del medico responsabile dell'esame:

Mattarello, li _____

Il sottoscritto _____ dichiara, sotto la propria responsabilità:

 di conoscere l'importanza delle risposte date e delle indicazioni fornite

In fede:

.....
(Il paziente o chi ne fa le veci - padre/tutore ... -)

Mattarello, li _____