QUESTIONARIO SULLA SICUREZZA PER LA

STIMOLAZIONE ELETTRICA TRANSCRANICA (TES)

Prima di sottoporsi alla tES risponda alle seguenti domande:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | **SI** | **NO** |
| 1 | Ha inserti metallici (ad esclusione di quelli in titanio) o impianti elettronici a livello cerebrale o della teca cranica (ad esempio schegge, frammenti, clip metalliche, impianti cocleari, apparecchi per stimolazione cerebrale profonda etc.)? Se si, specifichi il tipo di metallo e la sua posizione: |  |  |
| 2 | Ha metalli o dispositivi elettronici in altre parti del corpo, come ad esempio pacemaker cardiaci o frammenti metallici residui da eventi traumatici? Se si, specifichi il tipo di dispositivo e la sua posizione: |  |  |
| 3 | Ha mai subito operazioni chirurgiche che coinvolgessero la testa o la spina dorsale? Se si, specifichi perfavore la posizione: |  |  |
| 4 | Ha mai avuto un trauma cranico con perdita di coscienza? |  |  |
| 5 | Ha problemi dermatologici, come dermatiti, psoriasi o eczema? Se si, specifichi dove: |  |  |
| 6 | Soffre di crisi epilettiche o ha mai avuto convulsioni? |  |  |
| 7 | Ha mai avuto uno svenimento o una sincope? |  |  |
| 8 | E’ incinta o ci sono possibilità che lo possa essere? |  |  |
| 9 | Assume farmaci? Se si, specificare quali: |  |  |
| 10 | E’ mai stato sottoposto a tES o TMS in precedenza? Se si, ha avuto problemi? Specifichi quali: |  |  |

Risposte affermative ad una o più delle seguenti domande non rappresentano una controindicazione assoluta, ma un’attenta valutazione del rapporto rischio\beneficio deve essere fatta dal ricercatore responsabile del progetto prima di eseguire la stimolazione.

NOME \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ COGNOME\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_