

☐ Sede ORBV Bellinzona
☐ Sede OBV Mendrisio
☐ Sede ODL Locarno
☐ Sede ORL Lugano

Tel. 091 811 86 54/55
Tel. 091 811 32 54
Tel. 091 811 46 28
Tel. 091 811 60 91

Fax 091 811 86 56
Fax 091 811 30 31
Fax 091 811 46 23
Fax 091 811 60 90

Modulo per esame di Risonanza Magnetica

Nome:

Cognome:

Data di nascita:

Gentile Paziente,

Lei verrà sottoposto ad un esame di Risonanza Magnetica.

Sarà invitata/o a spogliarsi e togliere tutti gli oggetti rimovibili: protesi dentarie, apparecchi acustici, forcine per capelli, occhiali, lenti a contatto, gioielli, orologi, portafogli e monete, carte di credito, chiavi, cinture, indumenti con parti metalliche, piercing, ecc..

Durante l'esame dovrà rimanere immobile sul lettino, per garantirne la qualità.

Sentirà un rumore ritmico causato dal funzionamento dell'apparecchiatura.

Sarà sempre in contatto audio e visivo con il personale.

La durata dell'esame può variare da 20 a 45 minuti; rimanga p.f. tranquillo/a.

Talvolta è necessaria un'iniezione endovenosa di un liquido di contrasto.

Voglia gentilmente compilare il questionario sul retro.

Per favore voglia indicare con una crocetta la risposta corrispondente

Ha già eseguito una risonanza magnetica?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Se sì, in quale istituto?		
E' portatrice/portatore di uno o più oggetti nel corpo?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
- Pace-maker / Defibrillatore	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
- Valvole cardiache (se sì, anno dell'operazione....., tipo di valvola	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
- Stent cardiaci o vascolari (anno dell'operazione.....)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
- Clips cerebrali (anno dell'operazione.....)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
- Pompe per insulina	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
- Stimolatori elettrici per nervi	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
- Valvole di derivazione	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
- Protesi ortopediche, placche o clips chirurgiche	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
- Altri dispositivi medici	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
- Corpi estranei metallici (se sì dove.....)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
- Protesi dentarie	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
- Apparecchio o impianto acustico	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
- Lenti a contatto	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
- Piercing, tatuaggi, trucco definitivo (make-up)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
- Cerotti medicati	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
E' in stato di gravidanza o sta allattando?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Data dell'ultima mestruazione.....		
E' stato sottoposto a interventi chirurgici	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Soffre o ha sofferto di problemi renali?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Soffre di allergie	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Soffre di claustrofobia	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Peso kg.....		

Confermo di aver letto le informazioni e di aver risposto in modo accurato.

Ho avuto la possibilità di porre domande al personale riguardo all'esame di Risonanza Magnetica e autorizzo l'esecuzione dell'esame.

Data:

.....

Firma del Tecnico di Radiologia:

.....

Data:

.....

Firma del Paziente:

.....