



SCHEDA DI ACCESSO ALLA ZONA CONTROLLATA DEL SITO RM

La presente verifica anamnestica ha lo scopo di accertare l'assenza di controindicazioni all'esposizione ai rischi legati ai campi elettromagnetici intensi presenti nelle ZONE CONTROLLATE all'interno del SITO RM.

Il/La Sottoscritto/a

Nato/a a Il

Motivo accesso alla sala RM:

Dichiara quanto segue:

Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere?		SÌ	NO
Ha mai subito incidenti stradali, incidenti di caccia?		SÌ	NO
E' stato vittima di traumi da esplosioni?		SÌ	NO
Ha subito interventi chirurgici su: (barrare e se necessario completare la casella interessata)			
Testa	Collo	Addome	Torace
Estremità	Tipo Intervento:		
È a conoscenza di avere dispositivi medici o corpi metallici all'interno del corpo ?		SÌ	NO
È portatore di :			
Pace-maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci ?		SÌ	NO
Sceghe o frammenti metallici ?		SÌ	NO
Clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello ?		SÌ	NO
Valvole cardiache?		SÌ	NO
Stents?		SÌ	NO
Defibrillatori impiantati?		SÌ	NO
Distrattori della colonna vertebrale?		SÌ	NO
Pompa per infusione di insulina o altri farmaci?		SÌ	NO
Corpi metallici nelle orecchie o impianti per l'udito?		SÌ	NO
Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali?		SÌ	NO
Altri tipi di stimolatori?		SÌ	NO
Corpi intrauterini?		SÌ	NO
Derivazione spinale o ventricolare?		SÌ	NO
Protesi dentarie fisse o mobili?		SÌ	NO
Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari)?		SÌ	NO
Viti, placche, fili di sutura metallici?		SÌ	NO
Altre protesi?	Sede:	SÌ	NO
Ritiene di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe NON essere a conoscenza?		SÌ	NO
E' portatore di protesi del cristallino?		SÌ	NO

E' portatore di piercings?	Sede:	SÌ	NO
Sta utilizzando cerotti medicali?		SÌ	NO
Per le donne, è in stato di gravidanza?		SÌ	NO

Per accedere alla ZONA CONTROLLATA occorre rimuovere: eventuali lenti a contatto, apparecchi per l'udito, dentiera, corone temporanee mobili, cinta erniaria, fermagli per capelli, mollette, occhiali, gioielli, orologi, carte di credito o altre schede magnetiche, coltelli tascabili, ferma soldi, monete, chiavi, ganci, automatici, bottoni metallici, spille, vestiti con lampo, calze di nylon, indumenti in acrilico, pinzette metalliche, punti metallici, limette, forbici, altri eventuali oggetti metallici.

All'interno della ZONA CONTROLLATA non possono essere portati oggetti o dispositivi elettrici se non espressamente autorizzati dal personale presente nel sito RM. Il tempo di permanenza all'interno delle zone di rischio deve essere limitato allo stretto necessario per compiere le attività per le quali ne è stato consentito l'accesso e comunque nelle massime condizioni di ottimizzazione della sua sicurezza.

Il sottoscritto/a, preso atto che risposte affermative ad almeno uno dei precedenti quesiti possono comportare controindicazione anche assoluta all'accesso alla sala magnete e alla zona ad accesso controllato del sito RM, si impegna a comunicare tempestivamente per scritto al Medico Responsabile dell'impianto RM qualunque variazione in merito a quanto riportato nel presente modulo.

Autorizza inoltre il trattamento dei dati personali forniti in sede di anamnesi al solo scopo di poter verificare da parte del Responsabile della sicurezza clinica e dell'efficacia diagnostica dell'apparecchiatura RM la presenza di eventuali controindicazioni all'accesso alla zona controllata. Autorizza altresì la conservazione da parte della struttura sanitaria dei questionari utilizzati contenenti i propri dati sensibili, prevista ai sensi del D.M. 02/08/1991, i cui dati non potranno però essere utilizzabili per scopi diversi da quelli legati ad eventuali verifiche di merito a carattere medico-legale, effettuate anche a distanza di tempo, relative all'espletamento dell'esame stesso.

DATA	FIRMA

Il Medico Radiologo responsabile della sicurezza clinica e dell'efficacia diagnostica dell'apparecchiatura RM o suo delegato, preso atto delle risposte fornite dal soggetto, autorizza l'accesso al sito RM.

DATA	FIRMA DEL MEDICO RADIOLOGO