

Sig./ra..... Nato/a il..... Peso Kg.....

- Ha già eseguito indagini di Risonanza Magnetica? SI NO
 Se sì, quando?
- Soffre di claustrofobia? SI NO
- Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere? SI NO
- Ha subito incidenti stradali, incidenti di caccia? SI NO
- E' stato/a vittima di traumi da esplosione? SI NO
- E' affetto/a da anemia falciforme? SI NO
- E' in stato di gravidanza? SI NO
- Data ultime mestruazioni avvenute:
- E' a conoscenza di avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo?** SI NO

E' portatore di

- Schegge o frammenti metallici? SI NO
- Clips su aneurismi (vasi sanguigni, aorta, cervello)? SI NO
- Valvole cardiache? SI NO
- Distrattori della colonna vertebrale? SI NO
- Pompa di infusione di insulina o altri farmaci? SI NO
- Pace-maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci? SI NO
- Corpi metallici nelle orecchie o impianti per l'udito? SI NO
- Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali? SI NO
- Corpi intrauterini? SI NO
- Deviazioni spinali o ventricolari? SI NO
- Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari)?
 Viti, chiodi, filo ect.. SI NO
 Localizzazione.....
- Protesi del cristallino? SI NO
- Protesi dentarie fisse o mobili? SI NO

Ritiene di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe NON essere a conoscenza? SI NO

Ha subito interventi chirurgici su:

Testa Addome..... Arti.....
 Collo..... Torace..... Altro.....

Informazioni supplementari:

- E' portatore di piercing? SI NO
 localizzazione.....
- Presenta tatuaggi? SI NO
 localizzazione.....
- E' portatore di lenti a contatto corneali? SI NO

Data, **Firma del Paziente**

Firma del Medico Prescrittore