

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

QUESTIONARIO ANAMNESTICO E SCHEDA DI ACCESSO ALLA ZONA CONTROLLATA

COGNOME E NOME _____ LUOGO E DATA DI NASCITA _____

visitatore accompagnatore altro: _____

La 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. Questo questionario deve essere attentamente compilato e firmato in calce dal Medico Responsabile della sicurezza clinica e dell'efficacia diagnostica dell'apparecchiatura RM o da altro Medico Delegato, il quale, in relazione alle risposte fornite, è tenuto a valutare se sussistono controindicazioni all'accesso.

Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere? No Sì

Ha mai subito incidenti stradali, incidenti di caccia? No Sì

È stato vittima di traumi da esplosioni? No Sì

Ha subito interventi chirurgici su:

testa No Sì collo No Sì

addome No Sì estremità No Sì

torace No Sì altro: No Sì, specificare: _____

È a conoscenza di avere uno o più dispositivi medici o corpi metallici all'interno del corpo? No Sì

È portatore di pace-maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci? No Sì

È portatore di schegge o frammenti metallici? No Sì

È portatore di clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello? No Sì

È portatore di valvole cardiache? No Sì

È portatore di stents? No Sì

È portatore di defibrillatori impiantati? No Sì

È portatore di distrattori della colonna vertebrale? No Sì

È portatore di pompa di infusione per insulina o altri farmaci? No Sì

È portatore di corpi metallici nelle orecchie o impianti per udito? No Sì

È portatore di neuro stimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali? No Sì

È portatore di altri tipi di stimolatori? No Sì

È portatore di corpi intrauterini (IUD)? No Sì

È portatore di derivazione spinale o ventricolare? No Sì

È portatore di protesi dentarie fisse o mobili? No Sì

È portatore di protesi metalliche (per fratture, interventi correttivi articolari, ecc.), viti, chiodi, filo, ecc.? No Sì

È portatore di altre protesi? No Sì

Localizzazione: _____

Ritiene di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe NON esserne a conoscenza? No Sì

È portatore di protesi del cristallino? No Sì

È portatore di piercing? No Sì

Localizzazione: _____

Sta utilizzando cerotti medicali? No Sì

Informazioni supplementari: _____

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 deputato all'accompagnamento del soggetto durante la sua presenza. 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.

AUTORIZZAZIONE ALL'ACCESSO AL SITO RM

Il Medico Responsabile della sicurezza clinica e dell'efficacia diagnostica dell'apparecchiatura RM¹ o suo Delegato, preso atto delle risposte fornite dal soggetto ed espletate tutti gli accertamenti del caso

AUTORIZZA L'ACCESSO AL SITO RM

Firma del Medico Responsabile o suo Delegato¹ _____

Luogo e data _____

CONSENSO INFORMATO DEL SOGGETTO DEPUTATO ALL'ACCESSO AL SITO RM

Il soggetto deputato all'accesso ritiene di essere stato sufficientemente informato sui rischi e sulle controindicazioni legate all'esposizione ai campi elettromagnetici generati dall'apparecchiatura RM. Pertanto, cosciente dell'importanza delle risposte fornite, accede al sito RM consapevole dei rischi presenti.

Firma del soggetto deputato all'accesso² _____

Luogo e data _____

===== **PER GLI ACCESSI SUCCESSIVI** =====

Il soggetto, in riferimento alla scheda compilata, conferma che nulla è cambiato, di essere consapevole dei rischi presenti nel sito RM e di conoscere le procedure a cui attenersi

Data _____ Firma del soggetto _____ Firma del medico _____

Data _____ Firma del soggetto _____ Firma del medico _____

Data _____ Firma del soggetto _____ Firma del medico _____

Data _____ Firma del soggetto _____ Firma del medico _____

Data _____ Firma del soggetto _____ Firma del medico _____

Data _____ Firma del soggetto _____ Firma del medico _____

¹ La verifica anamnestica a firma del Medico Responsabile della sicurezza clinica e dell'efficacia diagnostica dell'apparecchiatura RM e il consenso informato a firma del soggetto deputato all'accesso devono essere necessariamente apposti su un unico foglio, anche eventualmente in modalità fronte/retro.

² Al fine di semplificare le procedure di accesso, compilata la scheda la prima volta, per gli accessi successivi è possibile prevedere anche la possibilità di confermare ad ogni ingresso successivo che nulla è cambiato nel soggetto ai fini delle verifiche delle controindicazioni previste nel questionario anamnestico, è confermata la sua consapevolezza dei rischi presenti nel sito RM e della conoscenza delle procedure a cui attenersi, prevedendo la firma del soggetto, del Medico Responsabile della sicurezza clinica e dell'efficacia diagnostica dell'apparecchiatura RM che ne ha autorizzato l'accesso e la data.