

Cognome : _____

 Data di nascita:

Nome : _____

 Peso : kg

 Altezza : cm

	SI	NO
Avete già eseguito una IRM ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Portate un pace-maker od un neurostimolatore?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Portate una pompa d'insulina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avete subito un intervento al cuore ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avete subito un intervento chirurgico al cervello?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avete delle parti metalliche nel corpo ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Impianti, protesi, valvola cardiaca, stents o clip a seguito di interventi chirurgici, IUD, piercing • Schegge metalliche (in particolare negli occhi) 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soffrite di allergie od asma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se si, quale : _____		
Soffrite di una malattia renale od insufficienza renale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avete un tatuaggio o del trucco permanente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Portate un apparecchio acustico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Portate delle protesi dentarie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Portate un cerotto transdermico (ad es . NICOTINELL® , SCOPODERM®) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sei claustrofobico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avete subito un'operazione nella regione sotto esame?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se si, quale : _____	Quando?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Per le donne :		
Siete incinta o pensate di esserlo ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Siete in un periodo di allattamento ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altre informazioni o supplemento di informazione? _____		

Con la firma, confermo di avere letto le informazioni su questo esame e di aver compreso e risposto in maniera corretta a questo questionario ed acconsento all' effettuazione dell' esame. Per una migliore valutazione del mio caso, accetto che il centro possa richiedere precedenti rapporti di esami medici.

Firma del paziente: _____

 Data :