



Questionario Radiologia (TRM / TAC)

Gentile paziente,

la preghiamo di rispondere coscientemente alle domande del presente questionario.

I nostri collaboratori sono a sua completa disposizione per ulteriori domande o chiarimenti.

Cognome: _____ **Nome:** _____ **Data di nascita:** _____

Lei ha...	un pacemaker?	☐ sì	☐ no
	una valvola cardiaca artificiale?	☐ sì	☐ no
	un neurostimolatore o una pompa antalgica?	☐ sì	☐ no
	delle parti metalliche sul/nel suo corpo? ☐ piercing, ☐ protesi articolari, ☐ viti, ☐ clip, ☐ stent, ☐ aghi di agopuntura, ☐ ferite da arma da fuoco, ☐ altro Se sì, dove? _____	☐ sì	☐ no
	un microinfusore per insulina o un sistema di misura- zione della glicemia?	☐ sì	☐ no
	schegge metalliche nel corpo (ad es. nell'occhio)?	☐ sì	☐ no
Lei è porta- trice/-tore di...	un apparecchio acustico? (la preghiamo di toglierlo prima dell'esame)	☐ sì	☐ no
	una protesi dentale?	☐ sì	☐ no
Lei ha...	un tatuaggio?	☐ sì	☐ no
Attualmente assume...	farmaci anticoagulanti? ☐ Cardioaspirina ☐ Marcoumar ☐ Xarelto ☐ Altro	☐ sì	☐ no
Ha subito operazioni...	alla testa o al cuore? (cervello, orecchio, occhio) Per cosa? _____	☐ sì	☐ no
Soffre di...	asma o allergie, in particolare alle sostanze di contra- sto? Se sì, quali? _____	☐ sì	☐ no
	claustrofobia?	☐ sì	☐ no
	ipertiroidismo?	☐ sì	☐ no
	☐ diabete o ☐ malattia renale o insufficienza renale?	☐ sì	☐ no
	una malattia polmonare?	☐ sì	☐ no
	una grave malattia a carico del cuore o dei vasi san- guigni? Se sì, dove? _____	☐ sì	☐ no
Per le donne	È in atto una gravidanza o sta allattando?	☐ sì	☐ no
Peso attuale: _____ kg Altezza: _____ cm			

Con la presente confermo di aver preso atto delle informazioni e di aver risposto coscientemente alle domande poste. Con la mia firma acconsento all'esecuzione dell'esame.

Data: _____

Firma: _____