



Questionario di sicurezza 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:** _____

Quando avete un appuntamento per discutere i risultati? Data: _____

Lei ha...	un pacemaker?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
	una valvola cardiaca artificiale?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
	un neurostimolatore o una pompa antalgica?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
	delle parti metalliche sul/nel suo corpo? <input type="checkbox"/> piercing, <input type="checkbox"/> protesi articolari, <input type="checkbox"/> viti, <input type="checkbox"/> clip, <input type="checkbox"/> stent, <input type="checkbox"/> aghi di agopuntura, <input type="checkbox"/> ferite da arma da fuoco, <input type="checkbox"/> altro Se sì, dove? _____	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
	un microinfusore per insulina o sensore di glucosio nel sangue?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
	schegge metalliche nel corpo (ad es. nell'occhio)?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Lei è portatrice/-tore di...	un apparecchio acustico? (la preghiamo di toglierlo prima dell'esame)	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
	una protesi dentale?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Lei ha...	un tatuaggio?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Attualmente assume...	farmaci anticoagulanti? <input type="checkbox"/> Cardioaspirina <input type="checkbox"/> Marcoumar <input type="checkbox"/> Xarelto <input type="checkbox"/> Altro	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Ha subito operazioni...	alla testa o al cuore? (cervello, orecchio, occhio) Per cosa? _____	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Soffre di...	asma o allergie, in particolare alle sostanze di contrasto? Se sì, quali? _____	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
	claustrofobia?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
	ipertiroidismo?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
	<input type="checkbox"/> diabete o <input type="checkbox"/> malattia renale o insufficienza renale?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
	una malattia polmonare?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
	a una grave malattia a carico del cuore o dei vasi sanguigni? Se sì, dove? _____	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Per le donne	È in atto una gravidanza o sta allattando?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> 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: _____