



## 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:** \_\_\_\_\_

<b>Lei ha...</b>	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
	Se sì, è stato impiantato prima del 1990?	<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
	<input type="checkbox"/> apparecchio acustico? (la preghiamo di toglierlo prima dell'esame) <input type="checkbox"/> impianto cocleare?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
	una protesi dentale?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
	un tatuaggio?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
<b>Attualmente assume...</b>	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
<b>Ha subito operazioni...</b>	alla testa o al cuore? (cervello, orecchio, occhio) Per cosa? _____	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
<b>Soffre di...</b>	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
<b>Per le donne</b>	È in atto una gravidanza o sta allattando?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
	<b>Altezza:</b> _____ cm	<b>Peso attuale:</b> _____ kg	

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:** \_\_\_\_\_