



Réseau  
Hospitalier  
Neuchâtelois

Département d'imagerie médicale

# Formulario di sicurezza RM

**La risonanza magnetica utilizza un campo magnetico intenso; sono necessarie precauzioni speciali per entrare nella sala d'esame. Si prega di completare questo questionario prima dell'esame e di consegnarlo al personale di servizio RM.**

Nome : \_\_\_\_\_

Cognome : \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_\_

Peso : \_\_\_\_\_ kg

Altezza: \_\_\_\_\_ cm



**Dispositivi impiantabili attivi sensibili alle interferenze elettromagnetiche, quali:** stimolatore cardiaco (o pacemaker), defibrillatore, impianti cocleari e accessori, microinfusore (o pompa di insulina), etc.

Si No

1. Avete già eseguito un esame di risonanza magnetica (RM)?
2. Soffrite di insufficienza renale?
3. Siete incinta?
4. Avete suture con fili metallici o agrafes?
5. Avete particelle metalliche nell'occhio?
6. Avete schegge o oggetti metallici nel corpo?
7. Siete portatori di uno dei seguenti materiali :

==> Dispositivo cardiaco  
Pace-maker? \* Defibrillatore? \* Reveal ? \* (sottolinea ciò che è appropriato)

==> Impianto cocleare\*

==> Neuro-stimolatore\*

==> Pompa a insulina

==> Sensore di glicemia

==> Valvola cardiaca  
\*Biologica ? \*Meccanica ? (sottolinea ciò che è appropriato)

Si

No

Anno



**Rimuovere qualsiasi oggetto metallico prima di entrare nella sala d'esame, inclusi telefono cellulare, piercing, orologio, gioielli, fermaglio per capelli, chiavi, monete, carta magnetica, ecc.**

**\*Si prega di fornirci i documenti relativi al materiale impiantato.**

Si

No

Anno

8. Avete clip neurochirurgicali per aneurisma cerebrale ?

9. Avete protesi articolare?

10. Avete già avuto operazioni chirurgiche?

Se sì, quali e quando? \_\_\_\_\_

11. Avete protesi auditive (mobili o fisse)?

12. Avete protesi dentarie (mobili o fisse) ?

13. Avete patch o cerotti cutanei?

Data :

Firma del paziente :

Firma del medico :