IMAGERIE
LA CHAUX-DE-FONDS

Questionario di sicurezza risonanza magnetica

Portate apparecchi o dispositivi medici ? - **Pacemaker** ❑ SI ❑ NO - **Neurostimolatore** ❑ SI ❑ NO - **Pompa per insulina** ❑ SI ❑ NO - **Altro**, come valvola cardiaca, stent, protesi articolare, apparecchio acustico, viti, protesi dentarie amovibili… ? ❑ SI ❑ NO Se si, quale :		
Soffrite di claustrofobia ?	❑ SI	❑ NO
Siete stato operato al cervello o al cuore ? Se si, quando :	❑ SI	❑ NO
Ha pezzi di metallo nel corpo o negli occhi? ?	❑ SI	❑ NO
Portate un cerotto transdermico ?	❑ SI	❑ NO
Soffrite di insufficienza renale ?	❑ SI	❑ NO
Avete giá eseguito una RM?	❑ SI	❑ NO
Ha già avuto un'iniezione di contrasto ?	❑ SI	❑ NO
Qual è il tuo peso ? ..... Kg		
Soffrite di allergie ? Se si, quale :	❑ SI	❑ NO
Avete un tatuaggio o del trucco permanente ?	❑ SI	❑ NO
Prende delle medicine : Anticoagulante/ antiaggregante ❑ Per il diabete ❑ Neurolettici ❑ Altro ❑		

PER LE DONNE :

Siete incinta o pensate di esserlo ?	❑ SI	❑ NO
State allattando ?	❑ SI	❑ NO

Rispondere solo prima di una risonanza magnetica pelvica e mammaria

Ha figli ? ❑ SI : Quanti ? _ _ ❑ NO

Numero di gravidanze : _ _ Ha avuto un taglio cesareo ? ❑ SI ❑ NO

Siete in menopausa ?

❑ SI - Da quanti anni ? _ _

- **Terapia ormonale** ? ❑ SI ❑ NO

❑ NO - **Data dell'ultima mestruazione** : .....

Ha un'anamnesi familiare di patologia mammaria o ovarica? ❑ SI ❑ NO

Se si, quale : .....

Signore ❑ **Signora** ❑ **Data di nascita :** .....

Cognome : ..... **Nome :** .....

I referti medici e le immagini scattate nel nostro centro vengono inviati al medico che prescrive l'esame e agli altri professionisti della salute menzionati nel foglio di prescrizione. Spesso medici specialisti, ospedali, **CHUV o HUG (ospedali universitari di Ginevra)** ci chiedono i risultati degli esami e delle immagini effettuate nel nostro centro. Con la Sua firma, Lei :

- accetta che i referti medici e le immagini siano trasmessi ai medici che la curano o che la cureranno, nel rispetto del principio di proporzionalità;
- accetta che il centro **Imagerie La Chaux-de-Fonds SA** possa richiedere vecchi referti o immagini necessarie per stabilire la diagnosi in rappoto con gli esami effettuati da noi, nel rispetto del principio di proporzionalità.

Data : Firma :