FONDAZIONE CENTRO S. RAFFAELE DEL MONTE TABOR

ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO

U.O. NEURORADIOLOGIA

APPARECCHIATURA A RISONANZA MAGNETICA
QUESTIONARIO E ISTRUZIONI

Cognome

Nome

Sesso M F

Data di nascita Peso (Kg)

Paziente Esterno Paziente ricoverato

H. di appartenenza

Reparto di degenza Letto n°

Soffre di claustrofobia? SI NO

Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere? SI NO

Ha mai subito incidenti stradali, incidenti di caccia? SI NO

É stato vittima di traumi da esplosioni? SI NO

É in stato di gravidanza? SI NO

Data ultima mestruazione

Ha subito interventi chirurgici?

Testa Addome

Collo Estremità

Torace Altri

E portatore di:

Pace-maker cardiaco o midollare? SI NO

Clip su aneurismi (vasi sanguigni) aorta e/o cervello? SI NO

Valvole cardiache? SI NO

Protesi della colonna vertebrale? SI NO

Pompa per infusione d'insulina o altri farmaci? SI NO

Schegge o frammenti metallici? SI NO