

**QUESTIONARIO PRELIMINARE ALL'ESECUZIONE DI RM
PREDHODNI VPRAŠALNIK ZA PREGLED Z MAGNETNO REZONANCO**

Dati anagrafici / Osební podatki

Nome/Ime.....	Cognome/Priimek.....
Nato a / Rojen/a.....	(Prov./Občina.....), il / Datum rojstva.....
Residente a / Kraj bivanja.....	(Prov. / Pokr.....)
In via/p.zza / Naslov.....	tel / tel.št.....

L'esame di risonanza magnetica si avvale di un campo magnetico e di radiofrequenze (del tipo delle trasmissioni televisive). L'esame non è nocivo per il corpo umano; per esami in cui è previsto l'utilizzo del mezzo di contrasto per endovena è indispensabile il digiuno (da almeno 3 ore) ed aver eseguito il dosaggio della creatinina (da non più di 6 mesi). / **Pri preiskavi z magnetno resonanco se uporabljajo magnetno polje in radijske frekvence (takšne, kot se uporabljajo pri televizijskih programih). Preiskava ni škodljiva za človeško telo; v primeru preiskav, pri katerih se uporablja intravensko kontrastno sredstvo, sta nujna postenje (vsaj 3 ure pred preiskavo) in test kreatinina (opravljen pred največ 6 meseci).**

È comunque necessaria la conoscenza preliminare di alcuni fattori che potrebbero rivelarsi dannosi per la salute del paziente. / **Pred tem pa je treba poznati nekatere dejavnike, ki bi lahko škodovali bolnikovemu zdravju.**

Peso / Telesna teža (Kg) Altezza / Višina (cm)

Soffre di claustrofobia / Ali imate strah pred zaprtimi spazi (klavstrofobija)?	Si/Da	No/Ne
Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere? / Ste kdaj delali (ali delate) kot varilec, strugar, karoserist?	Si/Da	No/Ne
Ha mai subito incidenti stradali o di caccia? / Ste bili kdaj žrtev prometne nesreče ali nesreče pri lovu?	Si/Da	No/Ne
È stato vittima di traumi da esplosioni / Ste bili žrtev travme zaradi esplozije?	Si/Da	No/Ne

Ha mai subito interventi chirurgici / **Ali ste bili kdaj operirani?**

Si/		No/	
Da		Ne	

se SI specificare tipo d'intervento, Strutture ed anno presso le quali sono stati eseguiti / **če DA, navedite vrsto operacije, ustanove in leto, v katerih je bila operacija opravljena**

	TIPO /VRSTA POSEGA	STRUTTURA-OSPEDALE / KRAJ-BOLNIŠNICA	ANNO /LETNICA
Testa-collo / Glava-vrat			
Torace / Prsni koš			
Addome / Trebuh			
Estremità / Telesne okončine			

Ha già eseguito Risonanze Magnetiche dopo gli interventi chirurgici subiti? **Ali ste po operacijah, ki ste jih prestali, že opravili slikanje z magnetno resonanco?**

Si/		No/	
Da		Ne	

È portatore di: / **Ste nosilec/ka:**

Pace-maker cardiaco o altro tipo di cateteri cardiaci? / Srčnega spodbujevalnika ali druge vrste srčnega katetra?	Si/		No/	
Punti chirurgici metallici in sede vascolare (aorta, cervello) o dispositivi endovascolari ferromagnetici (filtri, stent da meno di 6 settimane). / Kirurške kovinske sponke (aorta, možgani) ali feromagnetnega endovaskularnega pripomočka (filtri, stent, stari manj kot 6 tednov). Data impianto / Datum posega:	Si/		No/	
Testa/Glava		Addome/Trebuh		Collo/Vrat
				Torace/Prsni koš
				Altro/Drugo
Valvole cardiache? Data impianto: / Srčnih zaklopk? Datum posega:	Si/		No/	
Distrattori (protesi) della colonna vertebrale? / Hrbteničnih protez?	Si/		No/	
Pompa di infusione per insulina o altri farmaci? / Inzulinske infuzijske črpalke ali drugih zdravil?	Si/		No/	
Corpi metallici nelle orecchie o impianti per udito? Data Impianto: / Kovinska telesa v ušesih ali slušni vsadki? Datum vsadka:	Si/		No/	
Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali? / Nevrostimulatorje, elektrode,	Si/		No/	

vstavljeni v možgane ali subduralno?	Da		Ne
Catetere spinale o ventricolare (in pazienti affetti da idrocefalo), catetere di Schwan-Ganz? / Hrbteničnega ali ventrikularnega katetra (pri bolnikih s hidrocefalusom), Schwan-Ganzovega katetra?	Si Da		No Ne
Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi articolari correttivi, ecc) viti, chiodi, fili ecc... Eventuale localizzazione: / Kovinskih protez (zaradi predhodnih zlomov, korektivnih operacij sklepov itd.), vijakov, žbljev, žic itd.? Morebitna lokacija	Si Da		No Ne
Protesi dentarie /Zobnih protez	fisse /fiksne?	Si Da	No Ne
	mobili /mobilne?	Si Da	No Ne
Protesi al cristallino o impianti oculari? / Očesnih protez ali očesnih vsadkov?	Si Da		No Ne
Schegge o frammenti metallici? /Kovinskih delcev?	Si Da		No Ne
È affetto da anemia falciforme (anemia mediterranea) con ematocrito elevato? /Ali imate talasemijo (mediteranska anemija) z visokim hematokritom?	Si Da		No Ne
È sottoposto a dialisi? /Ali potrebujete dializno zdravljenje?	Si Da		No Ne
È affetto da insufficienza renale grave? / Ali imate hudo ledvično odpoved? Se SI, quale è il valore della Creatininemia? / Če DA, kakšna je vrednost kreatinina?	Si Da		No Ne
È portatore di piercing, cerotti medicati? /Ali imate piercing-e, medicinske obliže?	Si Da		No Ne
È portatore di tatuaggi? /Ali imate tetovaže?	Si Da		No Ne
È portatore di qualche allergia? Ali imate kakšno alergijo? Se SI specificare il tipo: /Če DA, navedite katero:	Si Da		No Ne

Per le donne: / ZA ŽENSKE:

È in stato di gravidanza? /Ali ste noseči?	Si Da		No Ne
Data delle ultime mestruazioni /Datum zadnje menstruacije			
È portatrice di spirale endouterina (IUD)? /Ali imate vstavljen maternični vložek (IUD)?	Si Da		No Ne
È in allattamento? /Ali dojite?	Si Da		No Ne

Prima di eseguire l'esame di Risonanza Magnetica accertarsi di non indossare lenti a contatto, apparecchi per l'udito o protesi dentarie mobili, occhiali, fermacapelli, indumenti di materiale sintetico, oggetti metallici o schede magnetiche. Indispensabile inoltre asportare cosmetici dal volto. Il giorno dell'esame si ricorda di portare la documentazione relativa all'indagine in oggetto. **/Pred preiskavo si zagotovite, da ne nosite leč, slušnih aparatov, zobnih protez, očal, sintetičnih oblačil, kovinskih predmetov, sponk za lase ali magnetnih kartic. Prav tako je nujno, da z obraza odstranite kozmetične izdelke. Na dan preiskave ne pozabite s seboj prinesiti dokumentacije v zvezi z zadevno preiskavo.**

FIRMA DEL MEDICO RADIOLOGO RESPONSABILE /
PODPIS ODGOVORNEGA RADIOLOGA

DATA /DATUM _____

DICHIARO / IZJAVLJAM, DA SEM

di essere stato informato esaurientemente e di esprimere il mio consenso alla effettuazione della RM.

ta navodila in vprašalnik s soglasjem prebral/a, ga razumel/a in s svojim podpisom pristajam na izvedbo preiskave.

FIRMA (PAZIENTE) o (ENTRAMBI GENITORI) o (TUTORE LEGALE) /Podpis PACIENTA) ali (STARŠEV / SKRBNIKA)

Data /Datum: _____

A USO INTERNO / ZA NOTRANJO UPORABO:

Il paziente è stato identificato per due volte con diversa modalità. / Patient je bil dvakrat identificiran v dvojni obliki.

Firma dell'operatore/ Podpis preiskovalca _____ Data/datum: _____

Versione / Različica 29/01/2021

DAI DI DIAGNISTICA PER IMMAGINI
Radiologia Ospedale Cattinara - tel 040/399 4372;
Radiologia Ospedale Maggiore - tel 040/399 4556;
e-mail: cova@gnbts.univ.trieste.it; Centralino: 040 3991111 C.F. e P. IVA 1337320327
asugi.sanita.fvg.it – pec: asugi@certsanita.fvg.it