

Questionario Preliminare

Riservata a visitatori, accompagnatori e a tutti coloro che accedono alla ZONA CONTROLLATA

Questionario somministrato da..... (MEDICO RESPONSABILE DELLA SICUREZZA CLINICA E DELL'EFFICACIA DIAGNOSTICA DELL'APPARECCHIATURA RM o medico di pari specializzazione da lui delegato)

Dati anagrafici: Cognome **Nome**

Data e luogo di nascita

(Indicare se visitatore, accompagnatore o altro) _____

Allo scopo di accertare l'assenza/presenza di controindicazioni si formulano le seguenti domande:

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

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

È stato vittima di traumi da esplosioni? SI NO

È in stato di gravidanza? (Data ultime mestruazioni:) SI NO

Ha subito interventi chirurgici su:

testa collo addome estremità torace altro:

se Si specificare data (è sufficiente l'anno) e tipo di intervento:

.....

E' a conoscenza di avere uno o più dispositivi medici o corpi metallici all'interno del corpo? SI NO

È portatore di pace-maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci? **SI NO**

È portatore di schegge o frammenti metallici? SI NO

È portatore di Clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello? SI NO

Valvole cardiache? SI NO

Stents? SI NO

Defibrillatori impiantati? SI NO

Distrattori della colonna vertebrale? SI NO

Pompa di infusione per insulina o altri farmaci? SI NO

Corpi metallici nelle orecchie o impianti per udito? SI NO

Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali? SI NO

Atri tipi di stimolatori? SI NO

Corpi intrauterini(spirale-anello)? SI NO

Derivazione spinale o ventricolare? SI NO

Protesi dentarie fisse o mobili? SI NO

Stesura	Verifica	Autorizzazione	Emissione
Oppezzo Annalisa - Dirigente Medico S.C. Radiodiagnostica - Settembre 2023	Gatti Scipione -Direttore S.C. Direzione Medica di Presidio - Settembre 2023	Vigone Riccardo - Direttore ff S.C Radiodiagnostica Vercelli e Borgosesia - Settembre 2023	Vigone Riccardo - Direttore ff S.C Radiodiagnostica Vercelli e Borgosesia - Settembre 2023
<i>QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO, O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.</i>			

Protesi metalliche (per pregresse fratture, correzioni articolari, ecc.), viti, chiodi, filo, ecc.?
 SI NO

Altre protesi?
 SI NO

Localizzazione

Ritiene di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe NON esserne a conoscenza?
 SI NO

Informazioni supplementari:

È affetto da anemia falciforme?
 SI NO

È portatore di protesi del cristallino?
 SI NO

È portatore di piercing/tatuaggi?
 SI NO
 se SI indicare la localizzazione.....

Sta utilizzando cerotti medicali?
 (se SI sono da rimuovere prima di effettuare l'indagine)
 SI NO

Per accedere alla ZONA CONTROLLATA occorre rimuovere:

eventuali lenti a contatto - apparecchi per l'udito - dentiera - corone temporanee mobili - cinta erniaria - fermagli per capelli - mollette - occhiali - gioielli - orologi - carte di credito o altre schede magnetiche - coltelli tascabili - ferma soldi - monete - chiavi - ganci - automatici - bottoni metallici - spille - vestiti con lampo - calze di nylon — indumenti in acrilico - pinzette metalliche - punti metallici - limette - forbici - altri eventuali oggetti metallici.

All'interno della ZONA CONTROLLATA non possono essere portati oggetti o dispositivi elettrici se non espressamente autorizzati dal personale presente nel sito RM deputato all'accompagnamento del soggetto durante la sua presenza. Il tempo di permanenza all'interno delle zone di rischio deve essere limitato allo stretto necessario per compiere le attività per le quali ne è stato consentito l'accesso e comunque nelle massime condizioni di ottimizzazione della sua sicurezza.

Il MEDICO RESPONSABILE DELLA SICUREZZA CLINICA E DELL'EFFICACIA DIAGNOSTICA DELL'APPARECCHIATURA RM (*) o medico di pari specializzazione da lui delegato preso atto delle risposte fornite dal soggetto ed espletate tutti gli accertamenti del caso **autorizza** l'accesso al sito RM

Firma del MEDICO RESPONSABILE DELLA SICUREZZA CLINICA E DELL'EFFICACIA DIAGNOSTICA DELL'APPARECCHIATURA RM o medico Radiologo delegato

Firma
 Data.....

Consenso informato

Il soggetto deputato all'accesso ritiene di essere stato sufficientemente informato sui rischi e sulle controindicazioni legate all'esposizione ai campi elettromagnetici generati dall'apparecchiatura RM. Pertanto, cosciente dell'importanza delle risposte fornite, accede al sito RM consapevole dei rischi presenti.

Firma del soggetto deputato all'accesso Data

Stesura	Verifica	Autorizzazione	Emissione
Oppezzo Annalisa - Dirigente Medico S.C. Radiodiagnostica - Settembre 2023	Gatti Scipione - Direttore S.C. Direzione Medica di Presidio - Settembre 2023	Vigone Riccardo - Direttore ff S.C Radiodiagnostica Vercelli e Borgosesia - Settembre 2023	Vigone Riccardo - Direttore ff S.C Radiodiagnostica Vercelli e Borgosesia - Settembre 2023
QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO, O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.			