

## Modulo per esame di Risonanza Magnetica – pazienti Centromedico Lugano

**Istituto di Diagnostica Integrata  
della Svizzera Italiana IDISI  
Clinica di Radiologia EOC**  
Sede Ospedale Regionale di Lugano  
Via Tesserete 46  
6900 Lugano  
Tel. +41 (0)91 811 60 91  
www.eoc.ch

**Centromedico Lugano**  
Palazzo della Stazione  
6900 Lugano  
Tel. +41 (0)91 640 26 26  
Fax +41 (0)91 640 26 77  
lugano@centromedico.ch  
www.centromedico.ch

Nome: .....

Cognome: .....

Data di nascita: .....

Gentile Paziente,

Lei verrà sottoposto ad un esame di Risonanza Magnetica.

Sarà invitata/o a spogliarsi e togliere tutti gli oggetti rimovibili: protesi dentarie, apparecchi acustici, forcine per capelli, occhiali, lenti a contatto, gioielli, orologi, portafogli e monete, carte di credito, chiavi, cinture, indumenti con parti metalliche, piercing, ecc.

Durante l'esame dovrà rimanere immobile sul lettino, per garantire la qualità delle immagini.

Sentirà un rumore ritmico causato dal funzionamento dell'apparecchiatura.

Sarà sempre in contatto con il personale tecnico.

La durata dell'esame è variabile, tra i 20 ed i 60 minuti, in base alla zona da esaminare.

Talvolta è necessaria un'iniezione endovenosa di un liquido di contrasto.

Voglia gentilmente compilare il questionario sul retro.

La informiamo che il coordinamento, l'esecuzione e la valutazione del suo esame di risonanza magnetica è di competenza della Clinica di Radiologia EOC.

.....  
.....  
.....  
.....

Per favore voglia indicare con una crocetta la risposta corrispondente:

Ha già eseguito una risonanza magnetica?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Se sì, in quale istituto? .....		
E' portatrice/portatore di uno o più oggetti nel corpo?		
- Ha attualmente o ha avuto in passato un pace-maker / defibrillatore	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
- Valvole cardiache	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
- Stent cardiaci, vascolari o bypass (anno dell'operazione:.....)	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
- Endoprotesi aorta addominale e/o aorta toracica	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
- Ha attualmente o ha avuto in passato stimolatori elettrici per nervi?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
- Clips cerebrali (anno dell'operazione.....)	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
- Valvole di derivazione (Shunt)	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
- Pompe, microinfusori e/o sensori per insulina	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
- Protesi ortopediche, placche o clips chirurgiche	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
- Qualsiasi altro dispositivo medico	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
- Corpi estranei metallici o schegge metalliche di qualsiasi tipo	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
- Protesi o apparecchi dentali	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
- Apparecchio acustico	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
- Impianti cocleari (orecchio interno)	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
- Lenti a contatto, protesi o impianti oculari	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
- Piercing, tatuaggi, trucco definitivo (make-up), cerotti medicati	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
E' stato sottoposto a interventi chirurgici? Quali?.....	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
In particolare, è stato sottoposto ad interventi cardiocirurgici?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Soffre o ha sofferto in passato di problemi renali?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Soffre di diabete o glaucoma?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Soffre di allergie? Se sì quali?.....	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Soffre di claustrofobia?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Peso corporeo: ..... Altezza: .....		
<b>Per le donne:</b>		
È in stato, o presunto stato di gravidanza?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Data dell'ultima mestruazione.....		
Ha una protesi al seno?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Ha un dispositivo intrauterino (spirale)?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO

**Confermo di aver letto le informazioni e di aver risposto in modo accurato.**

**Ho avuto la possibilità di porre domande al personale e autorizzo l'esecuzione dell'esame.**

Data: .....

Firma del/della **paziente**  
(o rappresentante legale/terapeutico):

Data: .....

Nome e cognome o timbro del **medico**  
**che ha compilato il questionario\*:**

Data: .....

Nome e cognome del **Tecnico di**  
**Radiologia:**

\* Solo nel caso in cui il paziente o il suo rappresentante legale/terapeutico non abbiano potuto compilare personalmente il questionario. Il medico ha compilato il questionario sulla base delle informazioni disponibili nella cartella clinica del paziente e delle informazioni fornite dal paziente (o rappresentante legale/terapeutico).