

Signor/a ASSOCIATI FISIOMED nato/a il _____ a _____

Residente a _____ in Via _____ Tel./Cell. _____

<input type="checkbox"/> SPALLA _____	<input type="checkbox"/> ANCA _____	<input type="checkbox"/> GINOCCHIO _____	<input type="checkbox"/> CAVIGLIA _____
<input type="checkbox"/> MANO _____	<input type="checkbox"/> POLSO _____	<input type="checkbox"/> GOMITO _____	<input type="checkbox"/> PIEDE _____
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____

Dichiarazione del Paziente e Consenso Informativo:● **Non possono sottoporsi all'esame le persone portatrici di:***Stimolatore Cardiaco (Pace-Maker), Protesi dotate di circuiti elettronici, Clips Vascolari, Schegge di materiale Ferro-Magnetico, Protesi e/o impianti metallici Fissi o Mobili;***Inoltre per effettuare l'esame occorre controllare se il Paziente è portatore di:***Lenti a contatto, Apparecchi Acustici, Dentiera, Corone Temporanee Mobili, Cinta Sanitaria, Fermagli per Capelli, Mollette, Occhiali, Gioielli, Orologio, Cosmetici per il viso, Schegge Magnetiche, Oggetti Metallici.***1. E' STATO SOTTOPOSTO AD INTERVENTI CHIRURGICI?****SI****NO**Se **SI**, a che tipo, in quali sedi e in che data?! _____**2. DICHIARA di ESSERE PORTATORE di:**

a) PACE-MAKER Cardiaco	(SI) (NO)	i) Protesi Ortopediche	(SI) (NO)
b) Pompe di Infusione Farmaci	(SI) (NO)	j) Protesi Dentarie Fisse e/o Mobili	(SI) (NO) , Se SI , indicare le specifiche del dispositivo o allegare dichiarazione dello specialista che ha eseguito l'impianto: _____
c) Neurostimolatore	(SI) (NO)	k) Corpi Intra-Uterini	(SI) (NO)
d) Clips Endocraniche, Endorbitarie, Endovascolari	(SI) (NO)	l) Altre Protesi, Corpi Metallici e/o Schegge dovuti a traumi, colpi d'arma da fuoco, esplosioni: _____	(SI) (NO)
e) Sonde di Derivazione	(SI) (NO)	di che tipo e in quale sede ?!	
f) Protesi Valvolare Cardiaca	(SI) (NO)	m) E' in stato di GRAVIDANZA	(SI) (NO)
g) Protesi Auricolari	(SI) (NO)		
h) Protesi Oculari	(SI) (NO)		

NOTIZIE UTILI

L'eamo al quale si sottoporra comporta l'uso di un campo magnetico e onde elettromagnetiche con frequenza RF (come quelle usate da trasmissioni televisive). Durante l'esame dovra restare immobile in modo da consentire l'effettuazione dell'esame con risultati ottimali. Avvertira un rumore ritmico dovuto al normale funzionamento della macchina.

Resti tranquillo/a e rilassato/a, e se avverte la necessita puo comunicare con il medico. Non deve avere con se ne oggetti metallici, ne schede magnetiche. Nel primo trimestre di gravidanza e sconsigliato effettuare questo tipo di indagine, salvo casi particolari vagliati dal medico responsabile. Collabori con il nostro personale addetto, in modo da poter eseguire nel minor tempo possibile e con i migliori risultati l'esame di Risonanza Magneti Nucleare (RMN). Si ricorda inoltre che la durata puo variare in funzione del tipo di indagine richiesta.

MODULO di CONSENSOIl/la sottoscritto/a ASSOCIATI FISIOMED in base al decreto legislativo n. 196 del 30 giugno 2003 concernente la tutela dei dati personale, esprime il proprio consenso ed autorizza il trattamento dei propri dati personali esclusivamente ai fini di diagnosi e cura. Dichiaro inoltre di aver ricevuto dal Medico Esaminatore le informazioni, i chiarimenti richiesti e di acconsentire all'esecuzione dell'esame di Risonanza Magneti Nucleare (RMN).

Firma _____ Data _____

MEDICO ESAMINATORE Dr. _____ / Firma _____ Data _____