

MODELLO B1

**LA PREGHIAMO DI COMPILARE CON I SUOI DATI,
TUTTO IL SOTTOSTANTE RIQUADRO- MOLTE GRAZIE.**

| | |
|---------------------------|------------------------|
| COGNOME | NOME..... |
| LUOGO DI NASCITA | PROVINCIA |
| DATA DI NASCITA | PESO: TEL: |
| COMUNE DI RESIDENZA | PROVINCIA |
| INDIRIZZO | CAP..... |

QUESTIONARIO PER EVENTUALI CONTROINDICAZIONI ALL'ESAME

| | | |
|--|-------|----|
| È portatore di Pace-Maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci, pompe per infusione, neurostimolatori, elettrodi cerebrali e subdurali, derivazioni spinali o ventricolari, sistemi di perfusione impiantati? | SI | NO |
| E' portatore di clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello? | SI | NO |
| Ha delle <u>schegge metalliche</u> sottocutanee oppure interne? | SI | NO |
| È portatore di <u>protesi</u>: | SI | NO |
| Ortopediche? | SI | NO |
| Dentarie? | SI | NO |
| Acustiche? | SI | NO |
| Del cristallino? | SI | NO |
| È portatore di valvole cardiache o clips per interventi di by pass coronarici? | SI | NO |
| E' affetto da anemia falciforme ? | SI | NO |
| E' portatore di distrattori per la colonna vertebrale? | SI | NO |
| Ha subito <u>interventi chirurgici</u>: Alla testa o al collo? | SI | NO |
| Se SI, quali..... | | |
| Al torace o all'addome? | SI | NO |
| Se SI, quali | | |
| Altri interventi chirurgici? | SI | NO |
| Se SI quali | | |
| Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere | SI | NO |
| E' stato vittima di traumi da esplosioni? | SI | NO |
| Ha mai subito incidenti stradali o di caccia? | SI | NO |
| Se è una DONNA: | SI | NO |
| E' in stato di gravidanza? | SI | NO |
| E' portatrice di spirale uterina? | SI | NO |
| Ultime mestruazioni avvenute? | | |
| E' portatore di tatuaggi o piercing? | SI | NO |
| Soffre di <u>claustrofobia</u>? (PAURA DI RESTARE IN UN AMBIENTE CHIUSO) | SI | NO |

LA FIRMA DEL PRESENTE MODULO COSTITUISCE LA PRESA VISIONE DI QUANTO SCRITTO SOPRA ED ESPRIME IL SUO CONSENSO ALL'ESAME NELLE MODALITA' DESCRITTE NEL FOGLIO INFORMATIVO ALLEGATO E ALL'EVENTUALE SOMMINISTRAZIONE ENDOVENOSA DI UN MEZZO DI CONTRASTO

DATA

FIRMA DEL MEDICO

.....