

## **SCHEDA DI ACCESSO OCCASIONALE AL SITO RM**

Riservata a visitatori, accompagnatori, operatori sanitari e a tutti coloro che, a qualsiasi titolo e privi di idoneità medica all'esposizione a campi RM, accedono occasionalmente alla Zona Controllata - da confermare per gli accessi successivi al primo.

La verifica anamnestica ha lo scopo di accertare l'assenza di controindicazioni all'esposizione ai rischi legati ai campi elettromagnetici intensi presenti nelle Zone Controllate all'interno del Sito RM. Tale questionario deve essere attentamente compilato e firmato in calce dal Medico Radiologo Responsabile della sicurezza clinica e dell'efficacia diagnostica dell'apparecchiatura RM o da altro medico delegato, il quale, in relazione alle risposte fornite, è tenuto a valutare se sussistono controindicazioni all'accesso.

**COGNOME** \_\_\_\_\_ **NOME** \_\_\_\_\_

**NATO/A A** \_\_\_\_\_ **IL** \_\_\_\_\_

Indicare se visitatore, accompagnatore o altro \_\_\_\_\_

**Motivo dell'accesso al sito RM:**

\_\_\_\_\_

Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Ha mai subito incidenti stradali, incidenti di caccia?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
È stato vittima di traumi da esplosioni?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
È in stato di gravidanza?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Data ultime mestruazioni:		
Ha subito interventi chirurgici su:		
<input type="checkbox"/> testa _____ <input type="checkbox"/> collo _____	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> torace _____ <input type="checkbox"/> addome _____		
<input type="checkbox"/> estremità _____ <input type="checkbox"/> altro _____		
È a conoscenza di avere uno o più dispositivi medici o corpi metallici all'interno del corpo?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
È portatore di pace-maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
È portatore di schegge o frammenti metallici?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
È portatore di:		
Clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Valvole cardiache?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Stent?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Defibrillatori impiantati?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Distrattori della colonna vertebrale?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Pompa di infusione per insulina o altri farmaci?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Corpi metallici nelle orecchie o impianti per udito?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Atri tipi di stimolatori?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Corpi intrauterini?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Derivazione spinale o ventricolare?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Protesi dentarie fisse o mobili?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, ecc), viti, chiodi, filo, ecc?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Altre protesi? Localizzazione: .....	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Ritiene di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe NON essere a conoscenza?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO

È affetto da anemia falciforme?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
È portatore di protesi del cristallino?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
È portatore di piercing? Localizzazione: .....	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Presenta tatuaggi? Localizzazione: .....	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Sta utilizzando cerotti medicali?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Informazioni supplementari:		

**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 Radiologo Responsabile della sicurezza clinica e dell'efficacia diagnostica dell'apparecchiatura RM (o suo delegato)**

**preso atto delle risposte fornite dal soggetto ed espletati tutti gli accertamenti del caso**

**autorizza l'accesso al sito RM**

\_\_\_\_\_ **Data**

\_\_\_\_\_ **Il Medico Radiologo Responsabile della sicurezza clinica e dell'efficacia diagnostica (o suo delegato)**

**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.**

\_\_\_\_\_ **Data**

\_\_\_\_\_ **Il soggetto deputato all'accesso**