	MODULO INFORMATIVO E QUESTIONARIO ANAMNESTICO PER ACCESSO VISITATORI E/O ACCOMPAGNATORI	Allegato 3 PO07.DSR Rev. 00 del 16/12/2024 Pag. 1 di 2
---	--	---

RISERVATA A VISITATORI, ACCOMPAGNATORI E A TUTTI COLORO CHE ACCEDONO ALLA ZONA CONTROLLATA


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 *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 _____ IL _____

(Indicare se visitatore, accompagnatore o altro) _____

- 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
- Ha subito interventi chirurgici su:
testa _____ collo _____ addome _____ estremità _____
torace _____ altro: _____
- È 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
- Altri tipi di stimolatori?SI NO
- Corpi intrauterini?SI NO
- Derivazione spinale o ventricolare?SI NO
- Protesi dentarie fisse o mobili?SI NO
- Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, ecc.), viti, chiodi, filo, ecc.?SI NO
- Altre protesi? Localizzazione SI NO
- Ritiene di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe NON esserne a conoscenza?SI NO
- È portatore di protesi del cristallino?SI NO
- È portatore di piercing? Localizzazione SI NO
- Sta utilizzando cerotti medicali?SI NO
- Informazioni supplementari

	MODULO INFORMATIVO E QUESTIONARIO ANAMNESTICO PER ACCESSO VISITATORI E/O ACCOMPAGNATORI	Allegato 3 PO07.DSR Rev. 00 del 16/12/2024 Pag. 2 di 2
---	--	---

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 suo 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 suo 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

(*)La verifica anamnestica a firma del MEDICO RESPONSABILE DELLA SICUREZZA CLINICA E DELL'EFFICACIA DIAGNOSTICA DELL'APPARECCHIATURA RM e il consenso informato a firma del soggetto deputato all'accesso devono essere necessariamente apposti su un unico foglio, anche eventualmente in modalità fronte/retro..

(**) Al fine di semplificare le procedure di accesso, compilata la scheda la prima volta, per gli accessi successivi è possibile prevedere anche la possibilità di confermare ad ogni ingresso successivo che nulla è cambiato nel soggetto ai fini delle verifiche delle controindicazioni previste nel questionario anamnestico, viene confermata la sua consapevolezza dei rischi presenti nel sito RM e della conoscenza delle procedure a cui attenersi, prevedendo la firma del soggetto, del MEDICO RESPONSABILE DELLA SICUREZZA CLINICA E DELL'EFFICACIA DIAGNOSTICA DELL'APPARECCHIATURA RM che ne ha autorizzato l'accesso e la data.