

SCHEDA DI ACCESSO ALLA ZONA CONTROLLATA DEL SITO RM (◆)

Il/la Sottoscritto/a
nato/a a il.....
Dichiara quanto segue:

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

[1] E' portatore/portatrice di:

- | | | |
|--|----|----|
| ◆ <i>Pace.maker</i> cardiaco o altri tipi cateteri cardiaci? | SI | NO |
| ◆ Schegge o frammenti metallici? | SI | NO |
| ◆ Clips su aneurismi, aorta, cervello ? | SI | NO |
| ◆ Valvole cardiache? | SI | NO |
| ◆ Distrattori della colonna vertebrale? | SI | NO |
| ◆ Pompa per infusione di insulina o altri farmaci? | SI | NO |
| ◆ Corpi metallici nelle orecchie o impianti per l'udito? | SI | NO |
| ◆ Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali? | SI | NO |
| ◆ Corpi intrauterini? | SI | NO |
| ◆ Derivazione spinale o ventricolare? | SI | NO |
| ◆ Protesi del cristallino? | SI | NO |
| ◆ Protesi metalliche, viti, chiodi, fili metallici? | SI | NO |
| localizzazione | | |

- | | | |
|--|----|----|
| [2] E' in stato di gravidanza? | SI | NO |
| [3] Ha mai lavorato come saldatore, tornitore, carrozziere o simile? | SI | NO |
| [4] Ha mai subito incidenti stradali o di caccia? | SI | NO |
| [5] E' stato/a vittima di esplosioni? | SI | NO |
| [6] E' affetto/a da anemia falciforme? | SI | NO |

Il sottoscritto/a, preso atto che risposte affermative ad almeno uno dei precedenti quesiti possono comportare controindicazione anche assoluta all'accesso alla sala magnete e alla zona di accesso controllato del sito RM.

Data

Firma

(◆) Compilazione da parte del: personale afferente al sito, personale che occasionalmente accede al sito, esterni occasionali (visitatori).

