

SCHEDA DI ACCESSO (*) ()**

Riservata a visitatori, accompagnatori e 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.....

Data e luogo di nascita

(Indicare se visitatore, accompagnatore o altro)

La preghiamo pertanto di rispondere ai seguenti quesiti, con la massima attenzione:

| | | |
|--|----|----|
| Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere | SÌ | NO |
| Ha mai subito incidenti stradali o di caccia | SÌ | NO |
| È stato vittima di traumi da esplosione | SÌ | NO |
| Se ha subito interventi chirurgici specificare distretto anatomico/anno intervento | SÌ | NO |
| Se SÌ, su testa <input type="checkbox"/> collo <input type="checkbox"/> torace <input type="checkbox"/> addome <input type="checkbox"/> estremità <input type="checkbox"/> altro | | |

È portatore/portatrice di:

| | | |
|--|----|----|
| Pace-maker cardiaco o altri defibrillatori impiantati o altri cateteri cardiaci | SÌ | NO |
| Schegge o frammenti metallici presenti in parti del corpo | SÌ | NO |
| Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, ecc..) come viti, chiodi, fili... | SÌ | NO |
| Altre protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe non essere a conoscenza - Localizzazione..... | SÌ | NO |
| Clips (punti metallici) su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello | SÌ | NO |
| Defibrillatori impiantati | SÌ | NO |
| Valvole cardiache | SÌ | NO |
| Stents o protesi vascolari o viscerali (esofago, vie biliari, etc.) | SÌ | NO |
| Distrattori (protesi) della colonna vertebrale | SÌ | NO |
| Pompa di infusione per insulina o altri farmaci | SÌ | NO |
| Corpi metallici nelle orecchie o impianti per l'udito o in altre parti del corpo | SÌ | NO |
| Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali | SÌ | NO |
| Altri tipi di stimolatori | SÌ | NO |
| Corpi intrauterini | SÌ | NO |
| Protesi dentarie fisse o mobili (specificare:) | SÌ | NO |
| Derivazione spinale o ventricolare | SÌ | NO |
| Piercing - Localizzazione | SÌ | NO |
| Protesi del cristallino | SÌ | NO |
| Sta utilizzando cerotti medicali | SÌ | 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/elettronici, 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.

II 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.