

Appendice 2

ESEMPIO DI SCHEDA DI ACCESSO (*) (**)

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 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 _____ IL _____

(Indicare se visitatore, accompagnatore o altro) _____

- | | | |
|---|----|----|
| <input type="checkbox"/> Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere? | SI | NO |
| <input type="checkbox"/> Ha mai subito incidenti stradali, incidenti di caccia? | SI | NO |
| <input type="checkbox"/> È stato vittima di traumi da esplosioni ? | SI | NO |
| <input type="checkbox"/> Ha subito interventi chirurgici su: | | |
| testa <input type="checkbox"/> collo <input type="checkbox"/> | | |
| addome <input type="checkbox"/> estremità <input type="checkbox"/> | | |
| torace <input type="checkbox"/> altro: | | |
| <input type="checkbox"/> È a conoscenza di avere uno o più dispositivi medici o corpi metallici all'interno del corpo ? | SI | NO |
| <input type="checkbox"/> È portatore di pace-maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci ? | SI | NO |
| <input type="checkbox"/> È portatore di schegge o frammenti metallici ? | SI | NO |
| <input type="checkbox"/> È portatore di Clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello ? | SI | NO |
| <input type="checkbox"/> Valvole cardiache ? | SI | NO |
| <input type="checkbox"/> Stents ? | SI | NO |
| <input type="checkbox"/> Defibrillatori impiantati ? | SI | NO |
| <input type="checkbox"/> Distrattori della colonna vertebrale? | SI | NO |
| <input type="checkbox"/> Pompa di infusione per insulina o altri farmaci? | SI | NO |
| <input type="checkbox"/> Corpi metallici nelle orecchie o impianti per udito? | SI | NO |
| <input type="checkbox"/> Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali? | SI | NO |
| <input type="checkbox"/> Altri tipi di stimolatori? | SI | NO |
| <input type="checkbox"/> Corpi intrauterini? | SI | NO |
| <input type="checkbox"/> Derivazione spinale o ventricolare? | SI | NO |
| <input type="checkbox"/> Protesi dentarie fisse o mobili? | SI | NO |
| <input type="checkbox"/> Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, ecc.), viti, chiodi, filo, ecc.? | SI | NO |
| <input type="checkbox"/> Altre protesi ? | SI | NO |
| Localizzazione | | |
| <input type="checkbox"/> 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 ? SI NO
- Localizzazione
- Sta utilizzando cerotti medicali ? SI 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 espletate tutti gli accertamenti del caso
autorizza l'accesso al sito RM**

Firma del MEDICO RADIOLOGO 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 RADIOLOGO 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 verifica 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 RADIOLOGO RESPONSABILE DELLA
SICUREZZA CLINICA E DELL'EFFICACIA DIAGNOSTICA DELL'APPARECCHIATURA RM che ne ha autorizzato l'accesso e la data.

