

Az. Osp. – Univ. Pisana DAI Diagnostica e Immagini U.O. Neuroradiologia	MODULO DI REGISTRAZIONE CHECK LIST RISONANZA MAGNETICA	6903/T. 12 Rev. 01 Del 18/09/2017 Pag. 1 di 1
--	---	---

NOME E COGNOME _____

DATA DI NASCITA _____

PROCEDURA _____

Confermata identità paziente

☐

Accertamento assenza:
Pacemaker – elettrostimolatori – oggetti
metallici – protesi fisse e mobili

☐

Esclusione gravidanza

☐

Compilazione e firma del
questionario da parte del
paziente

☐

Assenza di allergie

☐

Consenso firmato dal medico

☐

Sigla Operatore Sanitario
