



**QUESTIONARIO ANAMNESTICO PER IL PERSONALE  
ESPOSTO A CAMPI ELETTROMAGNETICI  
(da restituire in busta chiusa all'Ufficio del M.C. o  
spedire all'indirizzo e-mail: [questionarioanamnestico@unict.it](mailto:questionarioanamnestico@unict.it))**

In caso di difficoltà nella compilazione del presente questionario si raccomanda di rivolgersi al proprio Medico Curante.

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

recapito telefonico: \_\_\_\_\_ - email: \_\_\_\_\_

Dipartimento di appartenenza \_\_\_\_\_

E' a conoscenza del fatto che deve utilizzare **gli occhiali**  
e NON le lenti a contatto quando entra nel locale "NMR/ESR"? si  no

**E' portatore di:**

- pace-maker cardiaco o altro tipo di cateteri cardiaci ? si  no
- clips (punti metallici) da pregressi interventi chirurgici ? si  no
- valvole cardiache si  no
- distrattori (protesi) della colonna vertebrale ? si  no
- pompa di infusione per insulina o altri farmaci ? si  no
- impianti per l'udito ? si  no
- neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali ? si  no
- catetere spinale o ventricolare (in pazienti affetti da idrocefalo) si  no
- protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi articolari correttivi, ecc.) viti, chiodi, fili, ecc. si  no

eventuale localizzazione: \_\_\_\_\_

- protesi dentarie fisse ? si  no  mobili ? si  no
- apparecchi dentari fissi e mobili ? si  no
- protesi del cristallino si  no
- schegge o frammenti metallici ? si  no
- E' affetto da anemia falciforme (anemia mediterranea) ? si  no
- E' sottoposto a dialisi ? si  no

**Per le donne:**

- E' in stato di gravidanza ? si  no
- E' portatrice di dispositivi intrauterini (spirale)? si  no

FIRMA

Per conferma della veridicità di quanto dichiarato, per informazione sul significato e per autorizzazione al trattamento dei dati sanitari e personali ai sensi del D.Lgs 196/2003 da parte dell'Ufficio del Medico Competente.

Data: \_\_\_\_\_