

<p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia ATS Bergamo</p>	<p>ATS DELLA PROVINCIA DI BERGAMO</p> <p>COORDINAMENTO DIREZIONI SANITARIE DELLE STRUTTURE OSPEDALIERE PUBBLICHE E PRIVATE ACCREDITATE</p>	
---	---	---

**SCHEDA INFORMATIVA RISONANZA MAGNETICA (RM) SENZA MEZZO DI CONTRASTO
da allegare alla richiesta**

(da compilare a cura del Medico prescrittore, barrando ove necessario. Si prega cortesemente di rispondere a tutte le domande indicate)

INFORMAZIONI INDISPENSABILI

RM senza m.d.c. (per qualunque distretto corporeo sia richiesto l'esame)

Il sottoscritto _____ attesta che il signor/signora _____ (nome cognome e data di nascita) _____

.....

...
non è portatore di pace-maker cardiaco né di impianto di defibrillatore cardioversore (ICD), elettrostimolatori, apparecchi acustici FISSI, pompe per infusione, corpi estranei ferromagnetici in sede intracranica, oculare/orbitaria, vascolare.

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE UTILI ALLA VALUTAZIONE DEL RADIOLOGO

(evidenziare l'opzione prescelta con un cerchio)

Il sottoscritto informa inoltre che:
sono/non sono presenti valvole cardiache, clips vascolari a livello dell'encefalo, mezzi di sintesi ossea (placche metalliche), artroprotesi della regione da esaminare.

Data _____ Firma del medico _____

A cura del paziente

Il sottoscritto/a dichiara:

Per le pazienti di sesso femminile:

gravidanza certa o sospetta Sì No
è portatrice di IUD* Sì No

*(si consiglia visita ginecologica dopo l'esame per controllarne la posizione e/o eventuale sostituzione)

NOTA BENE

- Si prega di togliere le lenti corneali a contatto e di rimuovere il trucco.
- In caso di interventi chirurgici precedenti, portare la documentazione clinica (esami di laboratorio, radiografie, ecc...) al momento dell'esecuzione dell'esame.

Data _____ Firma del/della paziente _____