

	ATS DELLA PROVINCIA DI BERGAMO COORDINAMENTO DIREZIONI SANITARIE DELLE STRUTTURE OSPEDALIERE PUBBLICHE E PRIVATE ACCREDITATE	
---	---	---

SCHEDA INFORMATIVA RISONANZA MAGNETICA (RM) CON MEZZO DI CONTRASTO
(per qualunque distretto corporeo sia richiesto l'esame)
 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

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 nobile (intracranica, oculare/orbitaria, vascolare) e che **non è affetto** da grave insufficienza renale (filtrato glomerulare < 30 ml/minuto), né da insufficienza epatica grave.

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;

sono/ non sono note allergie o precedenti sospette reazioni

allergiche.....

il paziente presenta/non presenta insufficienza renale non grave

il paziente presenta/non presenta insufficienza epatica non grave

Data _____

Firma del medico _____

Il paziente deve presentarsi il giorno dell'esame con l' esito recente (massimo 30 giorni precedenti la data di esecuzione dell'esame) di CREATININEMIA

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.

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

allattamento

Sì No

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

Data _____

Firma del/della paziente _____