



Regione
Lombardia

ASL Bergamo

ASL DELLA PROVINCIA DI BERGAMO

COORDINAMENTO DIREZIONI SANITARIE
STRUTTURE OSPEDALIERE PUBBLICHE
E PRIVATE ACCREDITATE



Azienda Ospedaliera
Papa Giovanni XXIII
Bergamo

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

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 _____

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

La sottoscritta dichiara:

gravidanza certa o sospetta
di essere portatrice di IUD*

Sì **No**
 Sì **No**

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

Data _____

Firma del paziente _____

CONSENSO RM GINOCCHIO

Nome in stampatello del medico richiedente

Firma del medico richiedente

QUESTIONARIO PER PAZIENTI CHE ESEGUONO RM DEL GINOCCHIO

HA SUBITO TRAUMI? si no
se si: quando?
durante un'attivita' sportiva? si no
se si: quale?

E' STATO OPERATO? si no
se si: quando?

al MENISCO si no

() Interno () Esterno

al LEGAMENTO CROCIATO si no

() Anteriore () Posteriore

ALTRO

DISTURBI ATTUALI: si no

dolore? () ()

dolore a scendere le scale? () ()

cedimento? () ()

blocco articolare? () ()

gonfiore? () ()

entro 24 ore dal trauma () ()

dopo 24 ore dal trauma () ()