



**ASL DELLA PROVINCIA DI BERGAMO**  
COORDINAMENTO DIREZIONI SANITARIE  
STRUTTURE OSPEDALIERE PUBBLICHE  
E PRIVATE ACCREDITATE



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**

1. Si prega di togliere le lenti corneali a contatto e di rimuovere il trucco.
2. 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 \_\_\_\_\_



Regione  
Lombardia

ASL Bergamo

**ASL DELLA PROVINCIA DI BERGAMO**

COORDINAMENTO DIREZIONI SANITARIE  
STRUTTURE OSPEDALIERE PUBBLICHE  
E PRIVATE ACCREDITATE



Azienda Ospedaliera  
Papa Giovanni XXIII  
Bergamo

### CONSENSO RM SPALLA

Nome in stampatello del medico richiedente .....

Firma del medico richiedente .....

#### QUESTIONARIO PER PAZIENTI CHE ESEGUONO RM DELLA SPALLA

HA SUBITO TRAUMI? si no

se si: quando? .....

come? .....

ha lussato la spalla? si no

E' STATO OPERATO? si no

se si: quando? .....

tipo di intervento .....

PRATICA ATTIVITA' SPORTIVA? si no

se si: quale? .....

DISTURBI ATTUALI: si no

dolore? ( ) ( )

dolore di notte? ( ) ( )

instabilita'? ( ) ( )

limitazione ai movimenti? ( ) ( )

quali?.....

HA ESEGUITO ALTRI ESAMI RADIOLOGICI? si no

se si: radiografia si no

ecografia si no

altro ..... si no