

SCHEDA INFORMATIVA RISONANZA MAGNETICA (RM) SENZA MEZZO DI CONTRASTO

معلومات حول التصوير بالرنين المغناطيسي (RM)
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

لايحمل جهاز تنظيم ضربات القلب، جهاز توزيع رجفان القلب، التحفيز الكهربائي، أجهزة السمع الثابتة ، مضخات التسريب، اجسام غريبة حديدية مغناطيسية في مقر الجمجمة، البصر\المدار والاووعية الدموية.

(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:

توجد /لا توجد صمامات قلب ، مشابك في الأوعية الدموية على مستوى الدماغ ، أجهزة تثبيت العظام (أجزاء معدنية)، أطراف اصطناعية في المفاصل بالمنطقة التي سيتم فحصها ؛

(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 _____

ملاحظة

1- المرجو إزالة العدسات القرنية الاصقة والماكياج.

2- في حالة عمليات جراحية سابقة، المرجو احضار السجل الطبي (نتائج الفحوصات، الاشعة...الخ) يوم القيام بالفحص.

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) حقل مخصص للمريض

تصرح الموقعة أسفله:

(La sottoscritta dichiara):

لا (no) نعم (si) (gravidanza certa o sospetta) بحمل أكيد أو مشتبه
 لا (no) نعم (si) (di essere portatrice di IUD*) بكونها تضع اللولب*

* (يستحسن اجراء فحص لدى طبيب أمراض النساء للتأكد من موقعه و / أوامكانية استبداله)
 *(si consiglia visita ginecologica dopo l'esame per controllarne la posizione e/o eventuale sostituzione)

_____ التاريخ _____
 (Firma del paziente) (Data)