



Regione
Lombardia

ASL Bergamo

ASL DELLA PROVINCIA DI BERGAMO

COORDINAMENTO DIREZIONI SANITARIE
DELLE
STRUTTURE OSPEDALIERE PUBBLICHE E
PRIVATE ACCREDITATE



Azienda Ospedaliera
Papa Giovanni XXIII
Bergamo

SCHEDA INFORMATIVA RISONANZA MAGNETICA (RM) SENZA MEZZO DI CONTRASTO
INFORMATION IMAGERIE RÉSONANCE MAGNÉTIQUE (IRM) (RM) SANS PRODUIT DE CONTRASTE
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

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

Il sottoscritto attesta che il signor/signora

n'est pas porteur de pace-maker cardiaque, ni de l'appareil de défibrillation à synchronisation automatique implantable (*impianto di defibrillatore cardioversore (ICD)*), stimulateurs, appareils auditifs FIXES, pompes à perfusion, corps étrangers ferromagnétiques dans le siège intracrânien, oculo-orbitaire, vasculaire.

(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:

sont /ne sont pas présentes des valves cardiaques, des clips vasculaires cérébrales, des dispositifs de fixation des os (plaques de métal), de l'arthroplastie de la région à examiner,

(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 _____

NOTE BIEN

1. Vous êtes priées d'élever les lentilles à contact et de vous demaquiller.
2. En cas d'interventions chirurgicales précédentes, apporter la documentation clinique (examens de laboratoire, radiographies, etc...) au moment de l'exécution de l'examen.

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.

Au soin du patient (A cura del paziente)

Le/la soussigné/e déclare:

(La sottoscritta dichiara):

Une grossesse certaine ou suspecte (*gravidanza certa o sospetta*) **Oui (Si)** **Non (No)**
elle est porteuse de IUD* (*di essere portatrice di IUD**) **Oui (Si)** **Non (No)**

* (il est recommandé de faire une visite gynécologique après l'examen pour contrôler la position et/ ou procéder à un éventuel remplacement)

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

Date _____
(Data)

Signature du/ de la patient/e _____
(Firma del paziente)