



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

- 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 **Sì** **No**
 di essere portatrice di IUD* **Sì** **No**

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

Data _____

Firma del paziente _____