
	<p align="center">ASL DELLA PROVINCIA DI BERGAMO</p> <p align="center">COORDINAMENTO DIREZIONI SANITARIE STRUTTURE OSPEDALIERE PUBBLICHE E PRIVATE ACCREDITATE</p>	
---	---	---

SCHEDA INFORMATIVA RISONANZA MAGNETICA (RM) SENZA MEZZO DI CONTRASTO
da allegare alla richiesta
ИНФОРМАЦИОННАЯ КАРТОЧКА ОТНОСИТЕЛЬНО МАГНИТНОГО РЕЗОНАНСА (RM)
приложить к запросу
(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

не является носителем сердечного стимулятора, аппарата против свертывания крови, электростимулятора, ПОСТОЯННОГО слухового аппарата, насоса для подачи крови, инородных ферромагнитных тел во внутречерепной, глазной и венной области.

(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:

presuntivamente / non presuntivamente valvole cardiache, valvole vascolari, valvole cerebrali, mezzi di sintesi ossea (placche metalliche), artroprotesi della regione da esaminare.

(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. Ubedительная просьба снять контактные линзы и макияж
2. В случае предыдущих хирургических вмешательств следует иметь с собой все документы (лабораторные анализы, рентгены и т.д.) на момент проведения анализа.

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.

Заполняется пациентом (A cura del paziente)

Нижеподписавшаяся заявляет о наличии:

(La sottoscritta dichiara):

точная или подозреваемая беременность (gravidanza certa o sospetta) Да (Si) Нет (No)

спираль (di essere portatrice di IUD*) Да (Si) Нет (No)

* (рекомендуется осмотр гинеколога после проведения анализа для контроля положения и возможной замены)

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

Дата _____
(Data)

Подпись пациента _____
(Firma del paziente)