
 <p>Regione Lombardia ASL Bergamo</p>	<p>ASL DELLA PROVINCIA DI BERGAMO</p> <p>COORDINAMENTO DIREZIONI SANITARIE STRUTTURE OSPEDALIERE PUBBLICHE E PRIVATE ACCREDITATE</p>	 <p>Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII Bergamo</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

SCHEDA INFORMATIVA RISONANZA MAGNETICA (RM) SENZA MEZZO DI CONTRASTO
FICHA INFORMATIVA RESONANCIA MAGNÉTICA (RM) SIN MEDIO 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

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

Il sottoscritto attesta che il signor/signora

no es portador de pace-maker cardíaco ni de equipo de desfibrilador cardioversor (ICD), electroestimuladores, aparatos acústicos FIJOS, bombas para infusión, cuerpos extraños ferromagnéticos en sede intracraneal, ocular/orbital, vascular.

(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:

hay/no hay válvulas cardíacas, clips vasculares a nivel del encéfalo, medios de síntesis ósea (placas metálicas), artroprótesis de la región a examinar.

(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

- Se ruego quitar las lentes de contacto corneales y quitar el maquillaje.
- En caso de intervenciones quirúrgicas precedentes, llevar la documentación clínica (exámenes de laboratorio, radiografías, etc.) en el momento de la ejecución del examen.

(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 cargo del paciente (A cura del paziente)

La suscripta declama
(La sottoscritta dichiara):

gravidéz cierta o presunta *(gravidanza certa o sospetta)* **Sí** **No**
es portadora de DIU* *(di essere portatrice di IUD*)* **Sí** **No**

*se aconseja la visita ginecológica después del examen para controlar su posición y/o eventual sustitución
**(si consiglia visita ginecologica dopo l'esame per controllarne la posizione e/o eventuale sostituzione)*

Fecha _____
(Data)

Firma del paciente _____
(Firma del paziente)