

معلوماتی فارم (RM) RISONANZA MAGNETICA SENZA MEZZO DI CONTRASTO
یہ فارم ڈاکٹری پرچی (prescription) کے ساتھ منسلک کریں

(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

مریض پیسمیکر یا Electric stimulators, Cardioverter defibrillator, فکسڈ کانوں کی مشین اور دماغ، آنکھوں یا واسکولر سیسٹم میں کوئی بھی مقناطیسی یا لوہے سے بنی ہوئی اشیاء کو کیرئیر نہیں کرتا۔ اور مریض گردوں یا جگر کے کسی قسم کے امراض میں مبتلا نہیں ہے۔

(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:

موجود ہیں/یا نہیں دل کے والو، دماغی واسکولر کلیپس، ہڈیوں کو جوڑنے والی لوہے کی پلیٹس، Arthroplasty اس حصے کی جس کا ٹیسٹ ہونا ہے۔ معلوم ہے/یا نہیں مریض کو کسی قسم کی دوائی سے الرجی ہے یا ماضی میں کوئی الرجک ردعمل نظر آیا ہو۔

(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 _____

نوٹ:

- براہ مہربانی کر کے آپ اپنی آنکھوں کے کانٹیکٹ لینز اور میک اپ اتار دیں۔
- اگر آپ نے ماضی میں کسی قسم کی سرجری کروائی ہے تو ٹیسٹ سے پہلے میڈیکل ریکارڈ (لیبارٹری ٹیسٹ، ایکس رے، وغیرہ) ضرور لائیں۔

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) نیچے والا حصہ مریض نے خود مکمل کرنا ہے

صرف عورتوں کے لیے:

(La sottoscritta dichiara):

میں حاملہ ہوں (gravidanza certa o sospetta) میں (IUD*) Intrauterine dispositive کیرئیر کرتی ہوں (di essere portatrice di IUD*)
 ہاں (si) نہیں (no)

ہاں (si) نہیں (no)

(اگر آپ IUD کیرئیر کرتی ہیں تو اس ٹیسٹ کے بعد آپ چیک اپ کے لئے ضرور جائیں۔)

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

تاریخ _____
(Data)

مریض کے دستخط _____
(Firma del paziente)