



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

SKEDA INFORMUESE REZONANCË MANJETIKE (RM) ME INJEKTIM KONTRASTI SCHEMA INFORMATIVA RISONANZA MAGNETICA (RM) CON MEZZO DI CONTRASTO (per qualunque distretto corporeo sia richiesto l'esame) 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

Il sottoscritto attesta che il signor /signora.....

nuk është mbajtës pace-maker –i kardiak as edhe instalimi prej defibrillatore cardioversore (ICD), elektrostimolatorë, aparate akustike FIKSE, pompa për infuzion , trupe të jashtme hekurmagnetike në qendra fisnike(ndërkafkore, në sy/ në gropën e syrit, enëzore) dhe që **nuk është i /e prekur** nga jo suficiencë e rëndë veshkore (filtrato glomerulare < 30 ml/minuto) as edhe nga jo suficiencë e rëndë epatite.

(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 nobile (intracranica, oculare/orbitaria, vascolare) e che non è affetto da grave insufficienza renale (filtrato glomerulare < 30 ml/minuto), né da insufficienza epatica grave.)

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE UTILI ALLA VALUTAZIONE DEL RADIOLOGO

(evidenziare l'opzione prescelta con un cerchio)

Il sottoscritto informa inoltre che:

janë/nuk janë prezent valvola kardiake, clips enëzor encefal/tru i madh, mjete di sintesi eshtërore (plaka metalike/pjesë zvendësuese eshtërash), artroproteze e zonës që do egzaminohet;

janë/ nuk janë alergji apo sospettime të mëparshme reagime alergjike.....

(sono/non sono presenti valvole cardiache, clips vascolari a livello dell' encefalo, mezzi di sintesi ossea (placche metalliche), artroprotesi della regione da esaminare;

sono/ non sono note allergie o precedenti sospette reazioni allergiche.....

pazienti/ja prezanton /nuk prezanton jo suficiencë veshkore jo të rëndë

Po

Jo

(il paziente presenta/non presenta insufficienza renale non grave

Si

No)

pazienti/ja prezanton/nuk prezanton jo suficiencë epatike jo të rëndë

Po

Jo

(il paziente presenta/non presenta insufficienza epatica non grave

Si

No)

Data _____

Firma del medico _____

Pazienti ditën e analizës duhet të paraqitet edhe me përfundimin e analizës (që ka bërë në 30 ditt e mëparshme) di CREATININEMIA

(Il paziente deve presentarsi il giorno dell'esame con l' esito recente (massimo 30 giorni precedenti la data di esecuzione dell'esame) di CREATININEMIA)

VËRE ME KUJDES

1. Luteni të hiqni lentet e shikimit me kontakt dhe makjzhin.

2. Në rast ndërhyrjesh kirurgjike të mëparshme, sillni dokumentet klinike (analizza laboratorj, radiografi e të tjera...) në momentin e egzekutimit të analizës

(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.)

Nën kurën e pacientit/tes
(A cura del paziente)

Për pacientët seksit femëror:
(*La sottoscritta dichiara*)

shtatzani e sigurtë apo e supozuar (*gravidanza certa o sospetta*)
është mbajtëse IUD* (*di essere portatrice di IUD**)

Po (Si) **Jo (No)**
 Po (Si) **Jo (No)**

*(këshillohet vizita gjinekologjike mbas egzamit për të kontrolluar pozicionin dhe/ose eventualisht zëvendësimin)
*(*si consiglia visita ginecologica dopo l'esame per controllarne la posizione e/o eventuale sostituzione*)

Data _____
(*Data*)

Firma e pacientit/tes _____
(*Firma del paziente*)