



Regione
Lombardia

ASL Bergamo

ASL DELLA PROVINCIA DI BERGAMO

COORDINAMENTO DIREZIONI SANITARIE
STRUTTURE OSPEDALIERE PUBBLICHE
E PRIVATE ACCREDITATE



Azienda Ospedaliera
Papa Giovanni XXIII
Bergamo

SCHEDA INFORMATIVA RISONANZA MAGNETICA (RM) CON MEZZO DI CONTRASTO
(per qualunque distretto corporeo sia richiesto l'esame)

معلومات حول التصوير بالرنين المغناطيسي (RM)
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.....
لايحمل جهاز تنظيم ضربات القلب، جهاز توزيع رجفان القلب، التحفيز الكهربائي، أجهزة السمع الثابتة، مضخات التسريب، اجسام غريبة حديدية مغناطيسية في مقر الجمجمة، البصر والمدار والاعوية الدموية و أنه لا يعاني من قصور كلوي (filtrato glomerulare < 30 ml/minuto)، أو قصور كلبي حاد.

(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:

توجد /لا توجد صمامات قلب، مشابك في الأوعية الدموية على مستوى الدماغ، أجهزة تثبيت العظام (أجزاء معدنية)، أطراف اصطناعية في المفاصل بالمنطقة التي سيتم فحصها؛
توجد /لا توجد حساسية أو ردود فعل لحساسية مشتبهه أو غير مشتبهه.....

(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.....)

لا نعم

المريض لديه / ليس لديه قصور كلوي غير حاد

(il paziente presenta/non presenta insufficienza renale non grave Si No)

لا نعم

المريض لديه / ليس لديه قصور كلبي غير حاد

(il paziente presenta/non presenta insufficienza epatica non grave Si No)

Data _____

Firma del medico _____

يجب على المريض احضار التحاليل الاخيرة لكرياتينينا(على الاقل بـ 30 يوم قبل موعد إجراء الفحص)

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

ملاحظة

1- المرجو إزالة العدسات القرنية اللاصقة والماكياج.

2- في حالة عمليات جراحية سابقة، المرجو احضار السجل الطبي (نتائج الفحوصات، الأشعة... الخ) يوم القيام بالفحص.

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.

حقل مخصص للمريض
(A cura del paziente)

تصرح الموقعة أسفله:
La sottoscritta dichiara

لا (no) نعم (si)

بحمل أكيد أو مشتبه

(gravidanza certa o sospetta)

لا (no) نعم (si)

بكونها تضع اللولب*

(di essere portatrice di IUD*)

* (يستحسن اجراء فحص لدى طبيب أمراض النساء للتأكد من موقعه و / أو استبداله)

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

توقيع المريضة

(Firma del paziente)

التاريخ

(Data)