



Regione
Lombardia
ASL Bergamo

ASL DELLA PROVINCIA DI BERGAMO

COORDINAMENTO DIREZIONI SANITARIE
STRUTTURE OSPEDALIERE PUBBLICHE
E PRIVATE ACCREDITATE



Azienda Ospedaliera
Papa Giovanni XXIII
Bergamo

INFORMATION IMAGERIE RÉSONANCE MAGNÉTIQUE AVEC PRODUIT DE CONTRASTE (IRM) (RM)
SCHEDA 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

IRM avec m.d.c.

Il sottoscritto attesta che il signor /signora.....
n'est pas porteur de pace-maker cardiaque, ni de l'appareil de défibrillation à synchronisation automatique implantable (*impianto di defibrillatore cardioversore (ICD)*), stimulateurs, appareils auditifs FIXES, pompes à perfusion, corps étrangers ferromagnétiques dans le siège(intracrânien, oculo-orbitaire, vasculaire) et **qui n'est pas affecté** par une insuffisance renal grave(filtrato glomerulare < 30 ml/minuto), ni da insuffisance hèpatique grave .

(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:

sont / ne sont pas présentes des valves cardiaques, des clips vasculaires cérébrales, des dispositifs de fixation des os (plaques de métal), de l'arthroplastie de la région à examiner ;

sont / ne sont pas connues des allergies ou des réactions allergiques antérieures

suspectes.....

(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.....

.....)

le patient/e presente/ ne presente pas une unsuffisance renale pas grave

oui **no**

le patient/e presente/ ne presente pas une unsuffisance hypatique pas grave

oui **no**

(il paziente presenta/non presenta insufficienza renale non grave

Sì **No**

il paziente presenta/non presenta insufficienza epatica non grave

Sì **No**

Data _____

Firma del medico _____

Le patient doit se présenter le jour de l'examen avec les résultats récents (maximum 30 jours avant la date de l'exécution de l'examen) de

- CREATININE

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

NOTE BIEN

1. vous êtes priées d'enlever les lentilles à contact et de vous demaquiller.
2. En cas d'interventions chirurgicales précédentes, apporter la documentation clinique (examens de laboratoire, radiographies, etc...) au moment de l'exécution de l'examen

(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.)*

Au soin du patient (A cura del paziente)

Le/la soussigné/e déclare:

(La sottoscritta dichiara)

grossesse certaine ou suspecte *(gravidanza certa o sospetta)*

Oui (Si) **Non (No)**

elle est porteuse de DIU* *(di essere portatrice di IUD*)*

Oui (Si) **Non**

(No)

*(il est recommandé de faire une visite gynécologique après l'examen pour contrôler la position et/ ou procéder à un éventuel remplacement)

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

Date _____
(Data)

Signature du/ de la patient/e _____
(Firma del paziente)