



Regione
Lombardia

ASL Bergamo

ASL DELLA PROVINCIA DI BERGAMO
COORDINAMENTO DIREZIONI SANITARIE
DELLE STRUTTURE OSPEDALIERE
PUBBLICHE E PRIVATE ACCREDITATE

HUMANITAS
GAVAZZENI

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

Il sottoscritto attesta che il signor /signora (*nome cognome e data di nascita*)
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:

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.....

il paziente presenta/non presenta insufficienza renale non grave

il paziente presenta/non presenta insufficienza epatica non grave

Data _____

Firma del medico _____

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

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

Il sottoscritto/a dichiara:

Per le pazienti di sesso femminile:

gravidanza certa o sospetta

Si

No

è portatrice di IUD*

Si

No

allattamento

Si

No

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

Data _____

Firma del/della paziente _____