

**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.....
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 insufficienza renale non grave **Sì** **No**

il paziente presenta insufficienza epatica non grave **Sì** **No**

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

La sottoscritta dichiara:

gravidanza certa o sospetta **Sì** **No**
di essere portatrice di IUD* **Sì** **No**

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

Data _____

Firma del paziente _____