

**SCHEDA INFORMATIVA RISONANZA MAGNETICA (RM) SENZA MEZZO DI CONTRASTO**  
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****RM senza m.d.c. (per qualunque distretto corporeo sia richiesto l'esame)**

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 intracranica, oculare/orbitaria, vascolare.

**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.

Data \_\_\_\_\_

Firma del medico prescrittore \_\_\_\_\_

**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  
di essere portatrice di IUD\***Sì**  
**Sì****No**  
**No**

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

Data \_\_\_\_\_

Firma del paziente \_\_\_\_\_