

**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/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

**Per le pazienti di sesso femminile:**

La sottoscritta dichiara:

gravidanza certa o sospetta    Sì    No

è portatrice di IUD\*            Sì    No

allattamento                    Sì    No

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

Data .....

Firma del paziente .....