

**SCHEDA INFORMATIVA RISONANZA MAGNETICA (RM) SENZA 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**

**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 .....

**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

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

Data ..... Firma del paziente .....