



Regione
Lombardia

ASL Bergamo

ASL DELLA PROVINCIA DI BERGAMO

COORDINAMENTO DIREZIONI SANITARIE
STRUTTURE OSPEDALIERE PUBBLICHE
E PRIVATE ACCREDITATE



Azienda Ospedaliera
Papa Giovanni XXIII
Bergamo

**SCHEDA INFORMATIVA RISONANZA MAGNETICA (RM) SENZA MEZZO DI CONTRASTO
SKEDA INFORMUESE REZONANCË MANJETIKE (RM) PA INJEKTIM KONTRASTI**

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

nuk është mbajtës pace-maker-i kardiak as edhe instalimi prej defibrillatore cardioversore (ICD), elektrostimulatorë, aparate akustike FIKSE, pompa për infuzion, trupe të jashtme hekurmagnetike të vendosura ndërkafkore, në sy/në gropën e syrit, enëzor.

(non è portatore di pace-maker cardiaco né di impianto di defibrillatore cardioversore (ICD), elettrostimulatori, 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:

janë/nuk janë prezent valvola kardiake, clips enëzor encefal/tru i madh, mjete di sintesi eshtërore (pllaka metalike), artroproteze e zonës që do egzaminohet.

(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 _____

VËRE ME KUJDES

1. Luteni të hiqni lentet e shikimit me kontakt dhe makjashin.

2. Në rast ndërhyrjesh kirurgjike të mëparshme, sillni dokumentet klinike (analizza laboratori, radiografi e të tjera...) në momentin e egzekutimit të egzamit

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.

**Nën kurën e pacientit/tes
(A cura del paziente)**

I nënshkruari/a deklaron:

(La sottoscritta dichiara)

shtatzani e sigurtë apo e supozuar
(gravidanza certa o sospetta)

Po (Si) **Jo (No)**

është mbajtëse IUD*
(di essere portatrice di IUD)*

Po (Si) **Jo (No)**

* (këshillohet vizita gjinekologjike mbas analizës për të kontrolluar pozicionin dhe/ose eventualisht zëvendësimin)

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

Data _____

Firma e pacientit _____
(Firma del paziente)