

**SCHEDA INFORMATIVA RISONANZA MAGNETICA (RM) SENZA MEZZO DI CONTRASTO**  
INFO-CARD MAGNETIC RESONANCE (MR) (RM) WITHOUT CONTRAST AGENT  
To be attached to the request

**(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 .....  
**is neither a holder** of a pace-maker nor implantable cardioverter-defibrillator (ICD), stimulator, fixed hearing equipment, infusion pumps, foreign body in the intracranial, eye-orbital, vascular areas  
**(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:  
there are/there are not any heart valves, metal plates, arthroplasty of the area to be examined.  
**(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 .....

**WARNING**

1. Please take off contact lenses and remove make up.
2. In case of a previous surgery please bring along all documents (laboratory exams, x-ray exams, and so no) on the day of the exam

**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.

**Care of female patients (A cura del paziente)**

I undersigned state:  
*(La sottoscritta dichiara):*

Certain or assumed pregnancy <i>(gravidanza certa o sospetta)</i>	<input type="checkbox"/> <b>yes (Si)</b>	<input type="checkbox"/> <b>No (No)</b>
IUD* carrier <i>(di essere portatrice di IUD*)</i>	<input type="checkbox"/> <b>yes (Si)</b>	<input type="checkbox"/> <b>No (No)</b>

\* ( it is advisable to take a gynaecologic visit to check position and/or possible replacement)  
*\*(si consiglia visita ginecologica dopo l'esame per controllarne la posizione e/o eventuale sostituzione)*

Date ..... Doctor's signature .....  
*(Data) ( Firma del paziente)*