

INFO-CARD MAGNETIC RESONANCE (MR) (RM) WITH CONTRAST AGENT
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.....
is neither a holder of a pace-maker nor implantable cardioverter-defibrillator (ICD), stimulator, fixed hearing equipment, infusion pumps, foreign ferromagnetic body in the intracranial, eye-orbital, vascular areas and **he/she is neither affected** by a serious kidney insufficiency (Glomerular filtration rate < 30 ml/minute) or serious liver insufficiency.

(*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:

there are/there are not any heart valves, encephalic vascular clips, metal plates, arthroplasty of the area to be examined.

There is/there is not a notion of any allergies or previous presumed allergic responses

(*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.....)

the patient shows/does not show a moderate kidney insufficiency **yes** **No**
(*il paziente presenta/non presenta insufficienza renale non grave*) **Si** **No**

the patient shows/does not show a moderate liver insufficiency **yes** **No**
(*il paziente presenta/non presenta insufficienza epatica non grave*) **Si** **No**

Data _____

Firma del medico _____

On the day of the exam the patient will have to bring along the recent (no more than 30 days before the date of the exam) results of CREATININEMY

(*Il paziente deve presentarsi il giorno dell'esame con l'esito recente (massimo 30 giorni precedenti la data di esecuzione dell'esame) di CREATININEMIA*)

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 *(gravidanza certa o sospetta)* **yes (si)** **no (no)**
IUD* carrier *(di essere portatrice di IUD*)* **yes (si)** **no (no)**

* (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 _____
(Data)

Patient's signature _____
(Firma del paziente)