
 <p>Regione Lombardia ASL Bergamo</p>	<p>ASL DELLA PROVINCIA DI BERGAMO</p> <p>COORDINAMENTO DIREZIONI SANITARIE STRUTTURE OSPEDALIERE PUBBLICHE E PRIVATE ACCREDITATE</p>	 <p>Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII Bergamo</p>
--	---	--

ИНФОРМАЦИОННАЯ КАРТА МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ С КОНТРАСТОМ
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.....
не является носителем сердечного стимулятора, аппарата против свертывания крови, электростимулятора, ПОСТОЯННОГО слухового аппарата, насоса для подачи крови, инородных ферромагнитных тел во внутречерепной, глазной и венной области, и что он/она **не подвержен** острой почечной недостаточности (клубочный фильтр < 30 мл/минута) и печеночной недостаточности.

(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:

присутствуют / не присутствуют сердечные клапаны, сосудистые клапаны головного мозга, средства соединения костной ткани (металлические пластины), артритные протезы в исследуемой области; известны/неизвестны следующие аллергические реакции.....

(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.....)

Пациент подвержен/не подвержен легкой почечной недостаточности Да Нет
(il paziente presenta/non presenta insufficienza renale non grave **Si** **No**)

Пациент подвержен/не подвержен легкой печеночной недостаточности Да Нет
(il paziente presenta/non presenta insufficienza epatica non grave **Si** **No**)

Data _____ **Firma del medico** _____

В день анализа следует принести с собой результат анализа (максимум тридцатидневной давности) на КРЕАТИНЕМИЮ.

(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

Убедительная просьба снять контактные линзы и макияж
В случае предыдущих хирургических вмешательств следует иметь с собой все документы
(лабораторные анализы, рентгены и т.д.) на момент проведения анализа.

(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.)*

**Заполняется пациентом
(A cura del paziente)**

Нижеподписавшаяся заявляет о наличии:
(*La sottoscritta dichiara:*)

точная или подозреваемая беременность (*gravidanza certa o sospetta*) **Да (Si)** **Нет (No)**
спираль (*di essere portatrice di IUD**) **Да (Si)** **Нет (No)**

* (рекомендуется осмотр гинеколога после проведения анализа для контроля положения и возможной замены)

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

Дата _____
(*Data*)

Подпись пациента _____
(*Firma del paziente*)