



Regione  
Lombardia

ASL Bergamo

ASL DELLA PROVINCIA DI BERGAMO

COORDINAMENTO DIREZIONI SANITARIE  
STRUTTURE OSPEDALIERE PUBBLICHE  
E PRIVATE ACCREDITATE



Azienda Ospedaliera  
Papa Giovanni XXIII  
Bergamo

**FICHA INFORMATIVA RESONANCIA MAGNÉTICA (RM) CON MEDIO DE CONTRASTE**  
**SCHEMA 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.....  
**no es portador** de pace-maker cardíaco ni de equipo de desfibrilador cardioversor (ICD), electroestimuladores, aparatos acústicos FIJOS, bombas para infusión, cuerpos extraños ferromagnéticos en sede noble (intracraneal, ocular/orbital, vascular) y que **no está afectado** por grave insuficiencia renal (filtrado glomerular < 30 ml/minuto), ni por insuficiencia hepática grave.

*(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:

hay/no hay válvulas cardíacas, clips vasculares a nivel del encéfalo, medios de síntesis ósea (placas metálicas), artroprótesis de la región a examinar;

se conocen/no se conocen alergias o anteriores presuntas reacciones alérgicas .....

*(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.....)*

el paciente presenta/no presenta insuficiencia renal no grave  **Sì**  **No**

el paciente presenta/no presenta insuficiencia hepática no grave  **Sì**  **No**

*(il paziente presenta/non presenta insufficienza renale non grave*  **Sì**  **No**

*il paziente presenta/non presenta insufficienza epatica non grave*  **Sì**  **No**)

Data \_\_\_\_\_

Firma del medico \_\_\_\_\_

**El paciente debe presentarse el día del examen con el resultado reciente (máximo 30 días anteriores a la fecha de ejecución del examen) de CREATININEMIA**

***(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**

1. Se ruego quitar las lentes de contacto corneales y quitar el maquillaje.
2. En caso de intervenciones quirúrgicas precedentes, llevar la documentación clínica (exámenes de laboratorio, radiografías, etc.) en el momento de la ejecución del examen.

***(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 cargo del paciente (A cura del paziente)**

La suscripta declara:  
*La sottoscritta dichiara:*

gravidéz cierta o presunta      *(gravidanza certa o sospetta)*                       **Sí**                       **No**  
es portadora de DIU\*              *(di essere portatrice di IUD\*)*                       **Sí**                       **No**

*\*(se aconseja la visita ginecológica después del examen para controlar su posición y/o eventual sustitución)*

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

Fecha \_\_\_\_\_  
*(Data)*

Firma del paciente \_\_\_\_\_  
*(Firma del paziente)*