

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

(RM) معلوماتی فارم RISONANZA MAGNETICA CON MEZZO DI CONTRASTO

(کسی بھی جسم کے حصے کے لئے جس کے لئے یہ ٹیسٹ درکار ہے)
یہ فارم ڈاکٹری پرچی (prescription) کے ساتھ منسلک کریں

(da compilare a cura del Medico prescrivitore, barrando ove necessario. Si prega cortesemente di rispondere a tutte le domande indicate)

INFORMAZIONI INDISPENSABILI

Il sottoscritto attesta che il signor /signora

مریض پیسمیکر یا Electric stimulators, Cardioverter defibrillator, فکسڈ کانوں کی مشین اور دماغ، آنکھوں یا واسکولر سیسٹم میں کوئی بھی مقناطیسی یا لوہے سے بنی ہوئی اشیاء کو کیریئر نہیں کرتا۔ اور مریض گردوں یا جگر کے کسی قسم کے امراض میں مبتلا نہیں ہے۔

(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:

موجود ہیں/یا نہیں دل کے والو، دماغی واسکولر کلیس، ہڈیوں کو جوڑنے والی لوہے کی پلیٹس،
Arthroplasty اُس حصے کی جس کا ٹیسٹ ہونا ہے۔

معلوم ہے/یا نہیں مریض کو کسی قسم کی دوائی سے الرجی ہے یا ماضی میں کوئی الرجک ردعمل نظر آیا ہو۔

(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.....)

مریض کو ہے/یا نہیں گردوں کی تکلیف
□ (si) ہاں □ (no) نہیں
(il paziente presenta/non presenta insufficienza renale non grave □ Si □ No)

مریض کو ہے/یا نہیں جگر کی تکلیف۔
□ (si) ہاں □ (no) نہیں
(il paziente presenta/non presenta insufficienza epatica non grave □ Si □ No)

Data _____

Firma del medico _____

مریض ٹیسٹ والے دن **CREATININEMIA** (خون کے ٹیسٹ) کی حالیہ رپورٹ لے کر آئیں۔ (یہ رپورٹ 30 دن سے زیادہ پرانی نہیں ہونی چاہیے۔)

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

نوٹ:

- براہ مہربانی کر کے آپ اپنی آنکھوں کے کانٹیکٹ لینز اور میک اپ اتار دیں۔

- اگر آپ نے ماضی میں کسی قسم کی سرجری کروانی ہے تو ٹیسٹ سے پہلے میڈیکل ریکارڈ (لیبارٹری ٹیسٹ، ایکس رے، وغیرہ) ضرور لائیں۔

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.

نیچے والا حصہ مریض نے خود مکمل کرنا ہے
(A cura del paziente)

صرف عورتوں کے لیے:
La sottoscritta dichiara:

میں حاملہ ہوں (gravidanza certa o sospetta) ہاں (si) نہیں (no)
میں (IUD*) Intrauterine dispositive کیرئیر کرتی ہوں (di essere portatrice di IUD*) ہاں (si) نہیں (no)

(اگر آپ IUD کیرئیر کرتی ہیں تو اس ٹیسٹ کے بعد آپ چیک اپ کے لئے ضرور جائیں۔)

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

_____ تاریخ
(Data)

_____ مریض کے دستخط
(Firma del paziente)