



**AZIENDA OSPEDALIERA DI VERONA**  
**Servizio di Neuroradiologia**  
**RICHIESTA ESAME DI RISONANZA MAGNETICA**



Dati del paziente

Cognome .....

Nome .....

Data di nascita .....

Peso (Kg) .....

Distretto da esaminare

.....

.....

Elementi clinico-anamnestici:

.....

.....

**CRITERI DI ESCLUSIONE**

**Vanno assolutamente esclusi dalla indagine RM**

**A. I Pazienti portatori di:**

- 2) **pace- maker cardiaco**
- 3) **protesi valvolari cardiache metalliche non RM-compatibili**
- 4) **clips metalliche vascolari (aneurismi intracranici) non RM-compatibili**
- 5) **schegge metalliche intra-oculari o in adiacenza di strutture vascolari**

**B. Gravidanza (1° trimestre) (\*)**

(\*) **A partire dal secondo trimestre di gravidanza Tesarne verrà effettuato solo dopo accordo diretto fra Medico richiedente e Medico Radiologo**

**E' importante che il giorno dell'indagine le Pazienti non facciano uso di trucco e cosmetici.**

**DICHIARAZIONE DEL PAZIENTE**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ dichiara:

- che non è portatore di: pace-maker, elettro-stimolatori clips per esclusione di aneurismi intra-cranici non RM-compatibili, schegge o frammenti metallici, IUD (\*)
- di aver subito interventi chirurgici SI  NO   
quali? .....
- di aver lavorato, in ambienti in cui vi potevano essere schegge metalliche SI  NO   
quali? .....
- di non essere affetto da grave insufficienza renale e di non aver sofferto in passato di importanti malattie renali

(\*) *L' effettuazione dell' esame di Risonanza Magnetica nelle Pazienti portatrici di IUD potrebbe far perdere efficacia del dispositivo, per cui è consigliabile un controllo ginecologico dopo la procedura*

Se donna, dichiara di aver avuto l'ultima mestruazione il \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a dichiara altresì di essere stato esaurientemente informato sulle finalità e modalità di svolgimento e autorizza l'espletamento dell'esame di Risonanza Magnetica, eventualmente anche con somministrazione di mezzo di contrasto per via endovenosa.

Data.....

Firma del Paziente ..... Firma del Medico Curante.....

Firma del Medico Neuroradiologo .....