



AZIENDA OSPEDALIERA  
ISTITUTI OSPITALIERI DI VERONA

UNITA' OPERATIVA RADIOLOGIA O.C.M.



**RICHIESTA ESAME DI  
RISONANZA MAGNETICA**

**MU 21**

Ultimo Aggiornamento del  
08/03/2007 Rev. 1

Pagina 1 di 1

Dati del Paziente	Distretto da esaminare
Cognome.....	.....
Nome .....	.....
Data di nascita .....	.....
Peso (Kg) .....	.....
N° Tel. ....	.....
<b>Elementi clinico-anamnestici</b>	
.....	

**• CRITERI DI ESCLUSIONE**

Vanno assolutamente esclusi dalla indagine R.M.

**A. I Pazienti portatori di:**

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

**B. Gravidanza (I° trimestre) (\*)**

(\*) **A partire dal secondo trimestre di gravidanza l'esame verrà effettuato solo dopo accordo diretto fra il Medico richiedente ed il 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, clips per esclusione di aneurismi intra-cranici, schegge o frammenti metallici, IUD (\*)
- di aver subito interventi chirurgici  
quali? ..... SI NO
- di aver lavorato in ambienti in cui vi potevano essere schegge metalliche  
quali? ..... SI NO

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

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 Radiologo