

Ospedale San Giovanni Evangelista di Tivoli ASL ROMA 5

U.O.C. di Radiologia e Diagnostica per Immagini

Direttore Dr. Aldo Di Blasi

DICHIARAZIONE DI ASSENZA DI CONTROINDICAZIONI ALL'ESECUZIONE DI ESAME DI RISONANZA MAGNETICA SENZA/CON MEZZO DI CONTRASTO

Al Servizio di Radiologia, in relazione al Paziente:

COGNOME	NOME
DATA DI NASCITA	
REPARTO DI PROVENIENZA	P.O.

Si dichiara la presenza/assenza delle seguenti condizioni:

-precedenti esami RM effettuati	SI	NO
-claustrofobia	SI	NO
-pregressi incidenti stradali, di caccia, esplosivi e/o noti corpi metallici nel corpo	SI	NO
-pacemaker o altri dispositivi cardiaci	SI	NO
-dispositivi medici (clips su aneurismi, valvole cardiache, distrattori della colonna, neurostimolatori, pompe di infusione per insulina, protesi metalliche, altro.....)	SI	NO
- protesi acustiche, protesi del cristallino	SI	NO
-protesi dentarie fisse o mobili	SI	NO
-dispositivi intrauterini	SI	NO
-pregressi interventi chirurgici; se sì, specificare:	SI	NO
-anemia falciforme	SI	NO
-piercing o tatuaggi	SI	NO
- ultima mestruazione avvenuta in data.....	SI	NO

Si dichiara che, ai fini dell'impostazione diagnostica, l'esame richiesto, considerato necessario e insostituibile con altra indagine, è:

- **Risonanza magnetica**
- **Risonanza Magnetica con mdc**

In caso sia prevista la somministrazione di mezzo di contrasto, si dichiarano la presenza/assenza di:

-comprovato rischio allergico	SI	NO
-pregresse reazioni allergiche al mezzo di contrasto della risonanza magnetica	SI	NO
-pregressa reazione allergica ad agente non individuato o angioedema	SI	NO
-insufficienza renale	SI	NO

Esami ematici eseguiti preventivamente:

Creatininemia:.....

Luogo e Data

Firma e Timbro del medico Richiedente

.....

.....

DICHIARAZIONE DEL PAZIENTE

Io sottoscritto dichiaro di aver compreso le finalità di quanto riportato nella dichiarazione di assenza di controindicazioni all'esecuzione dell'esame RM.

Luogo e Data

Firma del Paziente

.....

.....