

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 |
| -pgressi 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 |
| -pgressi 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