

**Dipartimento Attività
Integrata di Radiologia**

**SUPPORTO ANAMNESTICO ALL'ESECUZIONE DI
INDAGINI DI RISONANZA MAGNETICA
(da compilare da parte del Medico RICHIEDENTE)**

Sig/Sig.ra: _____ nato/a il: _____

Residente/Degente: _____ Tel. Domicilio/Reparto: _____

A: Si dichiara che il paziente non è:

- 1) portatore di pace maker o dispositivi endocorporei ad attivazione magnetica (es. elettrodi, neurostimolatori)
- 2) portatore di protesi ferromagnetiche o di non accertabile compatibilità con i campi magnetici posizionate in sede endocranica, endorbitaria, endovascolare o suscettibili di mobilità passiva.

B: poiché in presenza di elementi endocorporei metallici, o condizioni cliniche particolari, l'indagine RM sarà eseguibile solo previa valutazione dei rischi che la stessa può comportare, dichiarare:

Presenza elementi endocorporei metallici NO SI
se SI, specificare la tipologia e sede _____

Claustrofobia NO SI

Stato di gravidanza NO SI

Se si ritiene che l'esame possa prevedere la **somministrazione di mezzo di contrasto contenente gadolinio**, è opportuno indicare se il paziente:

⇒ **NON PRESENTA** insufficienza renale moderata o grave

⇒ **PRESENTA** insufficienza renale moderata o grave.

In tal caso è obbligatorio specificare il valore di eGFR oppure della Creatininemia.

eGFR = _____ (eseguito in data non antecedente a 90 gg)

Creatininemia = _____ (eseguito in data non antecedente a 90 gg)

E' necessario comunicare al Medico Responsabile dell'esame eventuali reazioni allergiche pregresse ai mezzi di contrasto _____

DATA _____

Firma Medico Richiedente _____