



Stemmi dell'Ospedale di S. Maria della Misericordia di Perugia

Azienda Ospedaliera di Perugia

Direzione Generale e Sede Ammin.va: Via Martiri 28 Marzo, 35 – 06129 PERUGIA
Sede Legale: Ospedale S. Maria della Misericordia – S. Andrea delle Fratte – 06156 PERUGIA
Part.IVA 02101050546 – tel.: 075/5781 fax: 075/5783531 Sito Internet: www.ospedale.perugia.it

SCHEDA N. 17 RMN

Area Comune Radiologia
Tel 075/5784300 – 3377 Fax 075/5784307

Neuroradiologia
Tel 075/ 578.2747 - Fax 075/578.2743

Chirofisiogen Center s.r.l. – Via Valtiera 225 –
Collestrada (PG) - Tel./ Fax 075/5990131

Protos s.r.l. – Via del Discobolo, 12 – Perugia
Tel. 075/5172619 - Fax 075/5177350

richieste incomplete o non sufficientemente motivate saranno respinte

PAZIENTE _____ NATO IL _____ PESO Kg _____

DISTRETTO/I DA ESAMINARE _____

ORIENTAMENTO DIAGNOSTICO _____

RELAZIONE CLINICA (specificare gli esami di diagnostica per immagini eseguiti e le loro conclusioni): _____

ESAMI DI LABORATORIO INDISPENSABILI PER SOMMINISTRAZIONE DI M.D.C. (da allegare): glicemia, azotemia, creatininemia

Nel caso si riscontrino segni clinici di insufficienza cardiocircolatoria si consiglia ECG.

N.B. Il paziente deve presentarsi digiuno da almeno 6 ore.

Necessita di sedazione ? SI NO

Ha il paziente niente di quanto segue ?

- | | | |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> pacemaker cardiaco | <input type="checkbox"/> claustrofobico | <input type="checkbox"/> protesi acustiche |
| <input type="checkbox"/> protesi valvolare cardiaca | <input type="checkbox"/> protesi dentarie fisse o mobili | <input type="checkbox"/> protesi oculare |
| <input type="checkbox"/> gravidanza | <input type="checkbox"/> portatore di schegge metalliche | <input type="checkbox"/> protesi d'anca o altre |
| <input type="checkbox"/> iud | <input type="checkbox"/> osteosintesi con materiale metallico | <input type="checkbox"/> distrattori vertebrali |
| <input type="checkbox"/> epilessia | <input type="checkbox"/> clips o spirali aneurismatiche | <input type="checkbox"/> neoplasie anamnestiche |
| <input type="checkbox"/> asma | <input type="checkbox"/> neurostimolatori o elettrodi impiantati | <input type="checkbox"/> trattato con chemioterapia |
| <input type="checkbox"/> anemia falciliforme | <input type="checkbox"/> pregressi interventi chirurgici | <input type="checkbox"/> sottoposto a radioterapia |
| <input type="checkbox"/> pompa di infusione | <input type="checkbox"/> operato negli ultimi tre mesi | <input type="checkbox"/> derivazione ventricolare |

Eventuali precisazioni con particolare riferimento ai pregressi interventi: _____

Medico che chiede l'esame (stampatello) _____ Firma _____

Consenso informato del paziente

Il sottoscritto dichiara di essere stato messo a conoscenza di eventuali, anche se eccezionali, effetti collaterali e reazioni inattese avverse che possono derivare dalla somministrazione endovena di mezzi di contrasto iodati e di avere ricevuto risposta agli interrogativi posti dal Medico.

_____ Firma leggibile del paziente