



U.O.C.Neuroradiologia

A.O.U "Mater Domini"

Direttore: Prof. Umberto Sabatini

Richiesta e scheda informativa per esecuzione di esame di Risonanza Magnetica (RM)
con somministrazione di mezzo di contrasto paramagnetico (MDC)

Unità Operativa di Neuroradiologia

IMPORTANTE:

Le informazioni richieste sono indispensabili per garantire l'esecuzione dell'esame di Risonanza Magnetica con somministrazione di mezzo di contrasto, in condizioni di regolarità e sicurezza.

L'esame RM può comportare, a discrezione del medico curante e/o del medico radiologo, la somministrazione del mezzo di contrasto per via parenterale che può raramente, provocare disturbi di tipo allergico generalmente di scarsa entità ed a rapida risoluzione.

COGNOME: _____ NOME: _____

Creatininemia _____ GFR _____

Il/la paziente ha mai avuto reazioni allergiche a sostanza o mezzi di contrasto?

SI specificare: _____

NO

Il/la paziente è affetto da insufficienza renale?

SI

NO

Se la risposta è affermativa e per tutti i pazienti con età superiore a 65 anni è necessario per la somministrazione del mezzo di contrasto fornire i seguenti esami di laboratorio: 1) Emocromo;
2) Protidogramma; 3) Esame delle urine; 4) Azotemia; 5) Creatininemia.

Informato dell'indicazione clinica, delle modalità di svolgimento e delle eventuali complicanze e rischi annessi, acconsento alla somministrazione di mezzo di contrasto.

Data: _____ Firma del Paziente: _____

Firma del Medico Radiologo: _____

RISERVATO ALLA UO di NEURORADIOLOGIA

Mezzo di contrasto utilizzato: Multihance Gadovist

Peso del paz. _____ Dose utilizzata: _____

Firma dell'infermiere: _____

Firma del TSRM: _____