

MODULO RICHIESTA DI ESAME DI RISONANZA MAGNETICA CON MEZZO DI CONTRASTO

Alla gentile attenzione del Medico Curante del Signor _____ nato a _____
il _____ residente a _____

In conformità alla nota del Ministero della Sanità del 17/09/1997 sulla utilizzazione dei mezzi di contrasto è necessario conoscere le condizioni clinico-anamnestiche del Suo paziente che deve essere sottoposto ad indagine di **Risonanza Magnetica** con l'iniezione di mezzo di contrasto endovena.

In particolare è indispensabile essere informati sugli elementi anamnestici o clinici relativi a:

- **comprovato rischio allergico (a m.d.c., farmaci, pollini, polveri, acari, metalli, alimenti) pregressi episodi di congiuntivite, rinite, asma, orticaria, dermatiti, shock anafilattico;**
- **entità delle forme d'insufficienza epatica – renale – cardiovascolare;**
- **paraproteinemie o mieloma multiplo .**

Si ritiene inoltre indispensabile conoscere i dati relativi a: Creatinina, Azotemia, Elettroforesi delle proteine.

Il paziente deve essere digiuno da 6 ore, e qualora allergico deve avere assunto i farmaci prescritti per la preparazione

RELAZIONE DEL MEDICO CURANTE

Data

Timbro e Firma del Medico curante

**Preso atto dei dati clinico-anamnestici raccolti dal Medico curante, del quesito clinico e dell'indagine proposta, si ritiene di procedere all'esame con il m.d.c.
Si allega consenso informato del Paziente.**

Firma del Medico Radiologo