



RISONANZA MAGNETICA - TAC - RADIOLOGIA  
MAMMOGRAFIA - ECOGRAFIA - ECOCOLORDOPPLER

di Istituto Sherman s.r.l.

Via Volpato 2 QUARTO D'ALTINO (VE) Tel. 0422 824117 Fax 0422 824761

Sede Legale: San Marco 5369/A - 30124 VENEZIA - TEL 041 5228173 FAX 041 5224981

C.F. - P.IVA - Registro imprese di Rovigo N. 01798150270 Capitale Sociale Euro 10.400,00I.V.

Attività di Direzione e Coordinamento: Centro Attività Motorie S.r.l.

www.radiologiamedicaaltino.it

CONVENZIONE U.L.S.S.

## QUESTIONARIO ANAMNESTICO PER L'ESAME DI R.M.N. CON MEZZI DI CONTRASTO PARAMAGNETICI

Gentile Signore/a,

l'indagine diagnostica prescritta prevede l'utilizzo di MEZZI DI CONTRASTO ENDOVASCOLARI che vanno somministrati per via venosa.

Questi preparati rendono possibile una migliore definizione delle strutture anatomiche e della patologia in causa e del dettaglio anatomico. Le reazioni avverse legate al loro utilizzo si presentano in meno dell'1% dei casi e sono spesso localizzate al punto di iniezione (senso di calore). Rare sono le reazioni medio-gravi (0,05%) e quasi sempre di natura allergica.

**La preghiamo, pertanto, di segnalare preventivamente al Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame tutte le patologie di cui è portatore.**

Paziente \_\_\_\_\_

Medico inviante \_\_\_\_\_

Indagine richiesta \_\_\_\_\_

Sospetto clinico per cui si richiede l'indagine radiologica \_\_\_\_\_

Anamnesi \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**RISONANZA MAGNETICA - TAC - RADIOLOGIA  
MAMMOGRAFIA - ECOGRAFIA - ECOCOLORDOPPLER**

di Istituto Sherman s.r.l.

Via Volpato 2 QUARTO D'ALTINO (VE) Tel. 0422 824117 Fax 0422 824761

Sede Legale: San Marco 5369/A - 30124 VENEZIA - TEL 041 5228173 FAX 041 5224981

C.F. - P.IVA - Registro imprese di Rovigo N. 01798150270 Capitale Sociale Euro 10.400,00I.V.

Attività di Direzione e Coordinamento: Centro Attività Motorie S.r.l.

[www.radiologiamedicaaltino.it](http://www.radiologiamedicaaltino.it)

**CONVENZIONE U.L.S.S.**

Allergia al mezzo di contrasto	si				no
Altre allergie note	si				no
Ipertensione	si	lieve	media	grave	no
Cardiopatìa	si	lieve	media	grave	no
Encefalopatìa	si				no
Nefropatìa	si	lieve	media	grave	no
Diabete	si				no
Epatopatìa	si	lieve	media	grave	no
Malattìa infettiva	si				no
Anamnesi per mieloma	si				no
Trattamento in atto con farmaci	Si, specificare				no
Assunzione di alcol, droghe	Si, specificare				no

Data \_\_\_\_\_

Firma del Medico richiedente \_\_\_\_\_

QUESTIONARIO ANAMNESTICO PER L'ESAME DI R.M.N.  
CON MEZZI DI CONTRASTO PARAMAGNETICI