



Richiesta per esame di risonanza magnetica cardiaca

Attenzione: tutti i campi sono da compilare obbligatoriamente!

Data richiesta:

Data esame:

Reparto:

Nome richiedente:

Sesso: M F Peso:Kg Altezza:.....cm

Protocollo: MRI con perfusione MRI senza perfusione

Quesito clinico:

.....
.....

Sintomi: Assenti Tipici Atipici

Specificare:.....

Terapia in atto:

Beta-bloccante ACE / Sartano Statina
 ASA / Clopidogrel Ca-Antagonista Altro:

Fattori di rischio cardiovascolari (FRCV)

Familiarità	<input type="checkbox"/> SI Specificare:	<input type="checkbox"/> NO
Diabete	<input type="checkbox"/> SI Terapia:	<input type="checkbox"/> NO
Dislipidemia	<input type="checkbox"/> SI Terapia:	<input type="checkbox"/> NO
Iperensione arteriosa	<input type="checkbox"/> SI Terapia:	<input type="checkbox"/> NO
Arteriopatia periferica	<input type="checkbox"/> SI	
	<input type="checkbox"/> NO	
	<input type="checkbox"/> Non nota	
Tabagismo	<input type="checkbox"/> Attivo pacchetti anni	<input type="checkbox"/> NO
	<input type="checkbox"/> Progresso pacchetti anni	
Ergometria	<input type="checkbox"/> Carico massimo Watt/KG	<input type="checkbox"/> Sintomi atipici
	<input type="checkbox"/> Doppio prodotto	<input type="checkbox"/> Nessun sintomo
	<input type="checkbox"/> Sintomi anginosi tipici	<input type="checkbox"/> Nessuna alterazione ST
	<input type="checkbox"/> Dispnea limitante	<input type="checkbox"/> Dubbio (specificare)
	<input type="checkbox"/> Sottoslivellamenti ST significativi in territorio
	<input type="checkbox"/> Aritmie



Scintigrafia miocardica	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> NO
	<input type="checkbox"/> Positiva in territorio:	<input type="checkbox"/> Dubbia in territorio:

Ecostress	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> NO
	<input type="checkbox"/> Positiva in territorio:	<input type="checkbox"/> Dubbia in territorio:

Coronarografia (allegare documentazione)	<input type="checkbox"/> SI	Data:	<input type="checkbox"/> NO
	<input type="checkbox"/> Normale		
	<input type="checkbox"/> Lesioni:		
		

Rivascolarizzazione pregressa (allegare documentazione)	<input type="checkbox"/> SI		<input type="checkbox"/> NO
	<input type="checkbox"/> PTCA	Data:	
	<input type="checkbox"/> Bypass	Data:	

Informazioni supplementari

Creatinina/GFR	<input type="checkbox"/> SI (allegare risultato recente)	<input type="checkbox"/> NO
Allergia ai mezzi di contrasto	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Pace Maker/ICD	<input type="checkbox"/> SI Modello:.....	<input type="checkbox"/> NO
Protesi valvolari e/o vascolari	<input type="checkbox"/> SI Tipo:.....	<input type="checkbox"/> NO
Protesi cardiache chirurgiche	<input type="checkbox"/> SI Tipo:.....	<input type="checkbox"/> NO
Apparecchi acustici	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Microinfusori per insulina	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Device/protesi non cardiaci	<input type="checkbox"/> SI Tipo:.....	<input type="checkbox"/> NO
Gravidanza	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Fibrillazione atriale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	<input type="checkbox"/> Attuale	
	<input type="checkbox"/> Pgressa	
FC a riposo	allegare tracciato ECG recente
Asma	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Claustrofobia	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Compilare accuratamente tutti i campi del modulo e inviare all'Istituto Cardiocentro Ticino
▶ Per email a imagingcardiovascolare.cardiocentro@eoc.ch

Medico richiedente

Nome e Cognome Timbro e firma: