

Richiesta per risonanza magnetica cardiaca

La richiesta è da inviare per e-mail al Servizio di Cardiologia all'indirizzo:
segretariatocardiologia.odl@eoc.ch

Copia referto a: paziente

altro: _____

ETICHETTA PAZIENTE
Nome: _____
Cognome: _____
Data di nascita: _____

Medico curante: _____

Medico Inviante: _____

ESAME RICHIESTO

MRI con stress

MRI senza stress

Sesso: M F

Peso: _____ Kg

Altezza: _____ cm

QUESITO CLINICO: _____

SINTOMI: assenti tipici atipici

Specificare: _____

Funzione RENALE: PREGO ALLEGARE CREATININA RECENTE (3 mesi): _____

➔ **PREGO ALLEGARE ECG a riposo recente (2 mesi)**

TERAPIA IN ATTO: Statina / Anti-aggregante / beta-bloccante / Calcio-antagonista /
Ivabradina / ACE-Sartano

Se terapia beta-bloccante, Ivabradina o calcio antagonista tipo Verapamil o Diltiazem prego specificare posologia esatta.

FATTORI DI RISCHIO: Tabagismo / Iperensione / Diabete / Dislipidemia / Familiarità CV

CORONAROGRAFIA

(si prega di allegare la documentazione)

Data: _____

normale

lesioni: _____

Rivascolarizzazione pregressa

(si prega di allegare la documentazione)

Sì

PTCA: data _____

Bypass: data _____

INFORMAZIONI SUPPLEMENTARI:

Allergia ai mezzi di contrasto: Sì No Pace Maker Sì No

Gravidanza o allattamento: Sì No Fibrillazione atriale: Sì No

Asma bronchiale Sì No

Richiesta inoltrata il: _____ Firma: _____

PROTOCOLLO (campo da lasciare libero) non da compilare dal medico richiedente!

Esame previsto il (DATA) : _____ **Arrivo RX:** _____ **Orario ESAME:** _____

MRI Stress MRI senza Stress MRI ANGIO con stress MRI ANGIO senza stress

Protocollo: _____ Ev. modifica terapia: _____

Firma: _____