

RICHIESTA PER ESAME DI RISONANZA MAGNETICA CARDIACA

ATTENZIONE: tutti i campi sono da compilare obbligatoriamente!

Data richiesta:

Data esame:

Reparto:

Nome richiedente:.....

Altezza:.....cm

Sesso: M F Peso:Kg

QUESITO CLINICO:

SINTOMI: Assenti Tipici Atipici

Specificare:

TERAPIA IN ATTO:

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

FRCV:

Familiarità	SI Specificare:	<input type="checkbox"/> NO
Diabete	SI Terapia:	<input type="checkbox"/> NO
Dislipidemia	SI Terapia:	<input type="checkbox"/> NO
Ipertensione arteriosa	SI Terapia:	<input type="checkbox"/> NO
Arteriopatia periferica	SI NO Non nota	
Tabagismo	<input type="checkbox"/> Attivo pacchetti anni Pregresso pacchetti anni	NO
Ergometria	Carico massimo Watt/Kg Doppio prodotto	Sintomi atipici Nessun sintomo Nessuna alterazione ST Dubbio (specificare)
	<input type="checkbox"/> Sintomi anginosi tipici <input type="checkbox"/> Dispnea limitante <input type="checkbox"/> Sottoslivellamenti ST significativi in territorio	
	<input type="checkbox"/> Aritmie	
Scintigrafia miocardica	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Positiva in territorio:	NO 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	SI Modello:.....	<input type="checkbox"/> NO
----------------	------------------	-----------------------------

Protesi valvolari e/o vascolari	SI Tipo:.....	<input type="checkbox"/> NO
---------------------------------	---------------	-----------------------------

Protesi cardiache chirurgiche	SI Tipo:.....	<input type="checkbox"/> NO
-------------------------------	---------------	-----------------------------

Apparecchi acustici	ÙQ	<input type="checkbox"/> NO
---------------------	----	-----------------------------

Microinfusori per insulina	ÙQ	<input type="checkbox"/> NO
----------------------------	----	-----------------------------

Device / Protesi non cardiaci	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"/> Pregressa	

FC a riposo	allegare tracciato ECG recente
-------------	-------	--------------------------------

Asma	ÙQ	<input type="checkbox"/> NO
------	----	-----------------------------

Claustrofobia	ÙQ	<input type="checkbox"/> NO
---------------	----	-----------------------------

Compilare accuratamente tutti i campi del modulo e inviare all'Istituto Cardiocentro Ticino
► Per email a mri-tac.icct@eoc.ch

MEDICO RICHIEDENTE

Nome e cognome

Timbro e firma:

Data pubblicazione:	14.01.2021
Ultimo aggiornamento:	30.11.2023
Approvato da:	Segretariato di Cardiologia