

RICHIESTA PRENOTAZIONE E DATI PRE-ESAME CINE-RM DEL CUORE

Scheda da compilare da parte del medico inviante

NOME E COGNOME PAZIENTE

DATA DI NASCITA (ETÀ>12 A)

...../...../.....

NR. TELEFONO

AUSL DI APPARTENENZA

MEDICO INVIANTE

MODALITÀ DI ASSISTENZA

Ticket

Solvente

ACCESSO

Ordinario

Urgente

TIPO DI ESAME

Stress

Morfologico

QUESITO CLINICO
(selezionare una sola indicazione
all'esame, eventuale quesito
secondario da concordare
con il medico esecutore)

ischemia inducibile

vitalità
A) dobutamina
+ late enhancement

vitalità
B) late enhancement

aritmie ventricolari

cardiomiopatia aritmogena

cardiomiopatia dilatativa

non compattazione VS

cardiomiopatia ipertrofica

cardiomiopatia restrittiva
(amiloidosi, Fabry,
sarcoidosi, ecc)

miocardite

Tako Tsubo

patologia del pericardio

valvulopatia

massa/tumore

cardiopatia congenita
isolata (DIA, RVPA,
origine anomala coronarie,
coartazione aortica)

patologia aortica

TERAPIA DA SOSPENDERE
(almeno 48 ore prima)

beta bloccante

calcio antagonista

nitroderivato

ALTRA TERAPIA

Metformina

SI NO

ALLERGIE

Allergia a farmaci SI NO
Precedente reazione allergica SI NO
Allergia a MDC iodato SI NO
Asma allergico SI NO
Terapia antiallergica in atto SI NO

**LIMITAZIONE ALL'ESAME:
(l'effettuazione dell'esame
è subordinata alla valutazione
del medico esecutore)**

INSUFFICIENZA RENALE
(CREATININA >1,5 mg/dl
o GFR < 60 ml/min): SI NO
PORTATORE
DI PROTESI METALLICHE: SI NO
PORTATORE DI PM/ICD
RM COMPATIBILE SI NO
(allegare documentazione
relativa al modello del dispositivo)
CLAUSTROFOBIA: SI NO
INTERV. RECENTE CATARATTA
(ultimi 3 mesi): SI NO

NOTE AMMINISTRATIVE**DATA PRESTAZIONE**

...../...../.....

Data _____**Firma medico proponente** _____