

Dr.ssa med. Vera Paiocchi
Responsabile Imaging Cardiovascolare
Via Pretorio 9, 6900 Lugano (CH)
Tel: +41 91 640 40 40 Fax: +41 91 640 40 41

RICHIESTA MRI CARDIACA

Data della richiesta: Medico richiedente:
Data dell'esame:

DATI PAZIENTE

Nome: Cognome:
Data di nascita: Recapito tel.:
Indirizzo: CAP, luogo:
Peso: kg Altezza: cm

ESAME RICHiesto

- ☐ MRI stress per ricerca di ischemia
☐ MRI senza stress (vitalità)
☐ Studio del ventricolo destro
☐ Angiografia aorta
☐ Altro:

SINTOMI

- ☐ Asintomatico
☐ Toracoalgia
☐ Dispnea
☐ Extrasistolia
☐ Altro:

TERAPIA

- ☐ Beta-bloccante (specificare principio attivo e dosaggio attuale):
☐ Calcio-antagonista (specificare principio attivo e dosaggio attuale):
☐ Antidiabetico orale o insulina
☐ Aspirina o altro antiaggregante
☐ Terapia anticoagulante orale
☐ Altro:

INFORMAZIONI

Allergie ai mezzi di contrasto (specificare reazione) SÌ ☐ NO ☐
Altre allergie SÌ ☐ NO ☐
Claustrofobia (ipnosi) SÌ ☐ NO ☐
Portatore di Device intracardiaci (PM/ICD/protesi o altro tipo) SÌ ☐ NO ☐
Stato di gravidanza o allattamento (donne in età fertile) SÌ ☐ NO ☐
Pompa a insulina o sensore SÌ ☐ NO ☐
Cataratta con sostituzione del cristallino (ultime 6 settimane) SÌ ☐ NO ☐

DA ALLEGARE

- ☐ Valori di creatinina e GFR (esami di laboratorio recenti, non oltre 4 settimane)
☐ ECG e frequenza cardiaca (recente, non oltre 4 settimane)

Nota importante: allegare i dati richiesti e la lettera di anamnesi clinica del paziente per accelerare la presa a carico.