



Dr.ssa med. Vera Paiocchi
Responsabile Imaging Cardiovascolare
Via Pretorio 9, 6900 Lugano (CH)
Tel: +4191 640 40 40
Fax: +4191 640 40 41

RICHIESTA MRI CARDIACA

Data della richiesta: Medico richiedente:

Data dell'esame:

DATI PAZIENTE:

Nome: Cognome: Data di nascita:

Indirizzo: CAP, luogo:

Recapito telefonico:

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:
- Portatore di Device intracardiaci (PM/ICD/ protesi cardiache o di altro tipo) SÌ NO
- Stato di gravidanza o in fase di allattamento (donne in età fertile) SÌ NO

DA ALLEGARE:

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

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