

Cognome:

Telefono:

Nome:

Ass. Malattia, infortunio

Autopagante

Data di nascita:

Data appuntamento:

Ora:

Paziente da convocare:

Si

No

Indagine radiologica richiesta:

RM

RX CONV.

Mammografia

Angiografia

Ecografia

Altri esami

TAC

Indicazione clinica:

Quesito clinico:

Dati clinici:

Pace-Maker o defibrillatore

Valvola cardiaca o clip cerebrali
(verificare se compatibile con RM)

Allergie conosciute. Se sì, a cosa:

Gravidanza in corso

Insufficienza renale

Diabete

Creatinina

GFR

Se sì, prende Metformina

Anticoagulanti o antiaggreganti: se sì, quale

Copia del rapporto a:

Nome e cognome medico richiedente

P.F. portare esami radiologici precedenti

Prescrizione del medico radiologo

Esame eseguito

prep. tavolo.....

prep. iniettore.....

via venosa.....

iniezione MdC.....

Data esame.....

Firma medico radiologo

Firma TRM / AM