

Cognome:

Nome:

Data di nascita:

**Indagine radiologica richiesta:**

RM

Mammografia

Ecografia

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