

Cognome:

Nome:

Data di nascita:

Telefono:

Ass. Malattia, infortunio

Autopagante

Data appuntamento:

Ora:

Paziente da convocare:

Si

No

Indagine radiologica richiesta:

RM

Mammografia

Ecografia

TAC

RX

Densitometria

Consulto

Altri esami

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

.....

.....

MEMBRO DI RETE SANT'ANNA