

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

.....

.....