

Cognome:

Telefono:

Nome:

Ass. Malattia, infortunio

Autopagante

Data di nascita:

Data appuntamento:

Ora:

Paziente da convocare:

Si

No

Indagine radiologica richiesta:

RM

RX

Mammografia

Densitometria

Ecografia

Consulto

TAC

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

.....

.....