Spazio riservato per etichetta paziente

CENTROMEDICO
Bellinzona Castello

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 si, a cosa:

☐ Gravidanza in corso

☐ Insufficienza renale
Creatinina GFR

☐ Diabete
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

.....

INVIARE

MEMBRO DI RETE SANT'ANNA

Centromedico Bellinzona Castello – Radiologia · Via Carlo Salvioni 2a · CH-6500 Bellinzona
Tel. +41 91 611 63 55 · Fax +41 91 611 63 50 · radiologia@arsmedica.ch · www.arsmedica.ch