

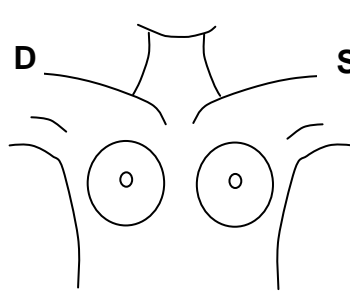
<p>Servizio di radiologia diagnostica ed interventistica</p> <p>Primario: Dr. med. F. Del Grande Viceprimario: Dr.ssa med. S. Tschuor-Costa</p> <p>Sede:</p> <p><input type="checkbox"/> Civico Tel. 091 811 60 91 Fax 091 811 60 90 <input type="checkbox"/> Italiano Tel. 091 811 60 91 Fax 091 811 76 82</p>	<p>ETICHETTA EOC</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------

Richiesta per esame senologico

IMPORTANTE: INVIARE CON IL PAZIENTE GLI ESAMI RADIOLOGICI PRECEDENTI

Nome cassa malati:	Nome assicurazione:	SUVA <input type="checkbox"/>
		No.

<p>Cognome:</p> <p>Nome:</p> <p>Data di nascita:</p>	<p>Indirizzo:</p> <p>Telefono:</p>
------------------------------------------------------	------------------------------------

<p>INDAGINE RICHIESTA:</p> <p><input type="checkbox"/> Mammografia <input type="checkbox"/> Ecografia mammaria <input type="checkbox"/> RM Mammaria <input type="checkbox"/> Biopsia Mammaria <input type="checkbox"/> Reperage <input type="checkbox"/> Galattografia</p>	<div style="text-align: center;">  </div> <p>Data esame:</p> <p>Ora:</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>DATI CLINICI:</p>	INFORMAZIONI SUPPLEMENTARI:	
	Allergia ai mezzi di contrasto:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	Gravidanza:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	Data ultime mestruazioni:	
	Pace Maker:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	Creatinina:	del: _____
	GFR:	del: _____

<p>QUESITO CLINICO:</p>	Quick:	del: _____
	PTT:	del: _____
	Trombociti:	del: _____

Preparazione agli esami: vedi retro

Medico richiedente
(Timbro, firma e numero tel.)



PREPARAZIONE AGLI ESAMI

Biopsia e stereotassia:

Esami richiesti: Quick, PTT, Trombociti.

Ecografia mammaria:

nessuna preparazione.

Mammografia e Mammo-RM:

Donne in età fertile: esame dal 5° al 14° giorno da l'inizio delle mestruazioni.