

Medici Responsabili

Dr. med. S. Franscella
Dr.ssa med. N. Marcoli

Segreteria di Radiologia
Tel: 091/811.76.84
Fax: 091/811.76.82

Modulo di richiesta per densitometria ossea (MOC)

Servizio di Radiologia ORL, sede Italiano

DATI PAZIENTE

Cognome _____
Nome _____
Data di nascita _____
Indirizzo _____
CAP / Località _____
Telefono _____
Cellulare _____
Cassa malati _____

etichetta paziente EOC

Gravidanza esclusa: NO SI

PESO _____ Kg

ALTEZZA _____ cm

TERAPIA FARMACOLOGICA IN CORSO _____

PRIMO ESAME

FOLLOW-UP (ULTIMA DENSITOMETRIA ESEGUITA IL _____)

MOTIVO DELLA RICHIESTA _____

OSSERVAZIONI _____

APPUNTAMENTO FISSATO PER IL : _____ ALLE ORE: _____

N° Telefono Medico richiedente: _____

Il Medico richiedente (timbro leggile e firma)

Validazione del Medico resp. (data, ev. indicazioni, firma)

nota: richieste incomplete verranno rinviate al richiedente