

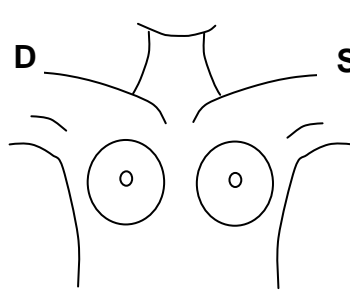
<b>Servizio di radiologia diagnostica ed interventistica</b>			ETICHETTA EOC
Primario:	Dr. med. F. Del Grande		
Viceprimario:	Dr.ssa med. S. Tschuor-Costa		
Sede:			
<input type="checkbox"/> Civico	Tel. 091 811 60 91	Fax 091 811 60 90	
<input type="checkbox"/> Italiano	Tel. 091 811 60 91	Fax 091 811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

## Richiesta per esame senologico

**IMPORTANTE: INVIARE CON IL PAZIENTE GLI ESAMI RADIOLOGICI PRECEDENTI**

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

Cognome: Nome: Data di nascita:	Indirizzo: Telefono:
---------------------------------------	-------------------------

<b>INDAGINE RICHIESTA:</b> <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	
Data esame: Ora:	

<b>DATI CLINICI:</b>	<b>INFORMAZIONI SUPPLEMENTARI:</b>	
	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: _____

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

<b>Preparazione agli esami: vedi retro</b>
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.