

Richiesta per esame radiologico

Importante: inviare con il paziente gli esami radiologici precedenti

Clinica di radiologia EOC - Primario Prof. Dr med. F. Del Grande	
<input type="checkbox"/> Sede ORBV Bellinzona Tel. 091 811 86 54/55 Fax 091 811 86 56 Radiologia.bellinzona@eoc.ch Primario Prof. Dr med. R. Wytttenbach	
<input type="checkbox"/> Sede ODL Locarno Tel. 091 811 46 28 Fax 091 811 46 23 Radiologia.locarno@eoc.ch Primario Dr med. J. Heinkel	
<input type="checkbox"/> Sede ORL Lugano Tel. 091 811 60 91 Fax 091 811 60 90 Radiologia.civico@eoc.ch Viceprimario Dr med. G. Vincenzo	
<input type="checkbox"/> Sede OBV Mendrisio Tel. 091 811 32 54 Fax 091 811 30 31 Radiologia.mendrisio@eoc.ch Viceprimario Dr.ssa C. Puligheddu	
Nome cassa malati:	Nome assicurazione: SUVA <input type="checkbox"/> N°.....
<p style="text-align: center;"><i>Etichetta paziente</i></p> Nome: Cognome: Data di nascita:	Indirizzo: Telefono:
Data esame:	Ora:
INDAGINE RICHIESTA:	INFORMAZIONI SUPPLEMENTARI:
	Data ultime mestruazioni:
	Gravidanza: <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
	Microinfusori e/o sensori per insulina: <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
DATI CLINICI:	Ipersensibilità/allergia ai mezzi di contrasto: <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
	Diabete: <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
	Metformina: <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
	Protesi o apparecchio ortodontico: <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
	Pacemaker o altri dispositivi impiantati (solo per esame RM): <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
	Creatinina: del: _____
	GFR: del: _____
	Quick: del: _____
	PTT: del: _____
	Trombociti: del: _____
QUESITO CLINICO:	DATA RICHIESTA: _____
	MEDICO RICHIEDENTE (Timbro, firma e numero di telefono):