

## Richiesta per esame radiologico

**Importante: inviare con il paziente gli esami radiologici precedenti**

<b>Clinica di Radiologia EOC -</b> Primario Prof. Dr med. F. Del Grande	
<input type="checkbox"/> Sede ORBV Bellinzona	Tel. 091 811 86 54/55 Radiologia.bellinzona@eoc.ch Primario Prof. Dr med. R. Wyttenbach
<input type="checkbox"/> Sede ODL Locarno	Tel. 091 811 46 28 Radiologia.locarno@eoc.ch Primario Dr med. J. Heinkel
<input type="checkbox"/> Sede ORL Lugano	Tel. 091 811 60 91 Radiologia.civico@eoc.ch Viceprimario Dr med. G. Vincenzo
<input type="checkbox"/> Sede OBV Mendrisio	Tel. 091 811 32 54 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> <p>Nome: .....</p> <p>Cognome: .....</p> <p>Data di nascita: .....</p>	<p>Indirizzo:</p> <p>Telefono:</p> <p>E-mail:</p>
Data esame:	Ora:
<b>INDAGINE RICHIESTA:</b>	<b>INFORMAZIONI SUPPLEMENTARI:</b>
	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
<b>DATI CLINICI:</b>	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:	
<b>QUESITO CLINICO:</b>	<b>DATA RICHIESTA:</b>
	<b>MEDICO RICHIEDENTE</b> (Timbro, firma e numero di telefono):

Per la preparazione dei pazienti agli esami: [IDISI\\_I-RX-021](#) e [IDISI\\_I-RX-022](#)