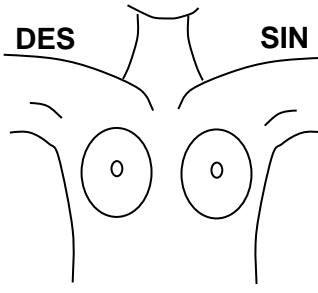


Richiesta per esame senologico

Importante: inviare con il paziente gli esami radiologici precedenti

Clinica di radiologia EOC • Primario Prof. Dr med. F. Del Grande		Gruppo Imaging femminile • Capogruppo Dr S. Schiaffino	
<input type="checkbox"/> Sede ORBV Bellinzona	Tel. 091 811 90 29	RadiologiaSenologica.Bellinzona@eoc.ch	Primario Prof. Dr med. R. Wyttbach
<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, Ospedale Italiano	Tel. 091 811 76 87	RadiologiaSenologica.ori@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°.....	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center; margin-bottom: 5px;"><i>Etichetta paziente</i></div> Nome: Cognome: Data di nascita:		Indirizzo: Telefono: E-mail: Inviare copia dei risultati a:	
Data esame:		Ora:	
INDAGINE RICHIESTA: <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"/>			
		INFORMAZIONI SUPPLEMENTARI:	
		Data ultime mestruazioni:	
		Gravidanza:	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
		Microinfusori e/o sensori per insulina (solo per RM mammaria):	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
		Pace Maker/altri dispositivi impiantati (solo per RM mammaria):	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
		Ipersensibilità/allergia ai mezzi di contrasto (solo per RM mammaria):	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
DATI CLINICI:		Per la preparazione delle pazienti agli esami: procedura IDISI_I-RX-022	
		DATA RICHIESTA:	
QUESITO CLINICO:		MEDICO RICHIEDENTE (Timbro, firma e numero tel.):	