

E.O. OSPEDALI GALLIERA DI GENOVA
SERVIZIO DI RADIODIAGNOSTICA

Tel. 010-5632366 Fax 010-5632603

TC BODY

Organo o distretto da esaminare

- | | | |
|--|---|---------------------------------------|
| ☐ ADDOME
SUPERIORE..... | ☐ ADDOME
COMPLETO..... | ☐ TORACE..... |
| ☐ ADDOME INFERIORE
(PELVI)..... | ☐ COLLO..... | ☐ ARTICOLARE..... |
| | | ☐ (altri)..... |

COGNOME

NOME

DATA DI NASCITA

- Il paziente ha già eseguito indagini contrastografiche con m.d.c. iodato? SI NO.....
- Ha presentato disturbi? SI NO.....
- Se sì, quali?
- Soffre di malattie allergiche?.....
- Esistono altre controindicazioni all'iniezione di m.d.c. iodato?.....

SOSPETTO CLINICO:.....

ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA E PROSSIMA.....

PRECEDENTI:

TC:..... Data..... N°ARCHIVIO..... Referto:.....

RM:..... Data..... N°ARCHIVIO..... Referto:.....

ECO:..... Data..... N°ARCHIVIO..... Referto:.....

RX:..... Data..... N°ARCHIVIO..... Referto:.....

Il Sottoscritto..... nato il
a conoscenza della natura e della indicazione dell'esame, dà il suo consenso per l'effettuazione dello stesso.

Genova,/...../.....

.....
(firma del soggetto o di chi ne fa le veci)

IL MEDICO RICHIEDENTE

.....