

E.O. OSPEDALI GALLIERA DI GENOVA
SERVIZIO DI NEURORADIOLOGIA

TC

COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA
--------------------------------	-----------------------------	--

QUADRO CLINICO ATTUALE: _____

INDICAZIONE DELL'INDAGINE/SOSPETTO CLINICO: _____

Esiste una diatesi allergica? **SI'** [] **NO** [] Allergica al m.d.c.? **SI'** [] **NO** []

Controindicazioni all'EOG? **SI'** [] **NO** [] Quali? _____

Il PZ richiede monitoraggio? **SI'** [] **NO** [] Assistenza? **SI'** [] **NO** [] Anestesia? **SI'** [] **NO** []

Sedazione? **SI'** [] **NO** [] PZ AUTONOMO: _____ CON SEDIA: _____ BARELLATO: _____

INDAGINI ESSENZIALI: Emocromo con formula/Proteinemia con elettroforesi/Proteina di Bence Jones (urine)/
Transaminasi/Ionogramma/Es. Urine

Antigene AU: **[+]** **[-]** / HV: **[+]** **[-]** EKG: _____

Commenti del Medico Curante: _____

PRECEDENTI DIAGNOSTICI = TC: **SI'** [] **NO** [] / data: _____ RM: **SI'** [] **NO** [] / data: _____

PRECEDENTI INTERVENTI CHIRURGICI: **SI'** [] **NO** [] quando: _____

Il paziente, reso edotto della indicazione clinica all'esame, della natura tipo e metodica dell'esame stesso dal Medico Curante,
dà il proprio consenso motivato e consapevole all'esecuzione dell'indagine.

Firma del soggetto o di chi ne farà le veci

Timbro e Firma del Medico curante o Richiedente l'indagine

Genova, li _____

Timbro e Firma del Neuroradiologo