

AZIENDA OSPEDALIERO - UNIVERSITARIA PISANA

“Spedali Riuniti di S. Chiara”

OSPEDALE DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE

Centralino: 050 992111 / 050 996111

MODULO DI RICHIESTA ESAMI DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI PROCEDURE INTERVENTISTICHE - ESAMI SCINTIGRAFICI

Al Direttore U.O.

RADIODIAGNOSTICA I° S. Chiara

RADIODIAGNOSTICA II°

RADIODIAGNOSTICA I° Dip. Immagini

NEURORADIOLOGIA

RADIODIAGNOSTICA DEU. PR. SOCC.

MED. NUCLEARE

Esame richiesto

LIVELLO DI URGENZA entro 2 giorni entro 4 giorni entro 7 giorni

Tipologia dell'esame

RX

ECO

TC

RM

ANGIO

PROCED. INTERV.

1)

2)

URGENZA NARCOSI (specificare)

Dati dell'Assistito

Autosufficiente Seduto Barellato

Cognome Nome

Scheda n. Data di nascita / / SESSO M F

Peso corporeo (Kg.) Comune di residenza

Ricovero Ord. Day Hospital Pre-Ospedal. Ricovero Protetto

Quesito diagnostico

.....

Notizie anamnestiche

.....

.....

.....

- Gravidanza Precedenti di allergie Precedenti comiziali
 Pace-Maker Valvole cardiache metalliche Protesi metalliche
 Clips metalliche Corpi estranei metallici

(In caso non possa essere esclusa con certezza una gravidanza in atto, si consiglia di eseguire precedentemente il test)

Precedenti esami strumentali

(specificare distretto esaminato e data di esecuzione)

RX ECO

TC RM

ANGIO

Gli esami precedenti devono essere presentati al momento dell'esame

TIMBRO DELLA U.O. RICHIEDENTE

Il Medico richiedente (timbro e firma)

tel.

fax.

Data

N.B. - Per le indagini contrastografiche compilare il retro della scheda →