

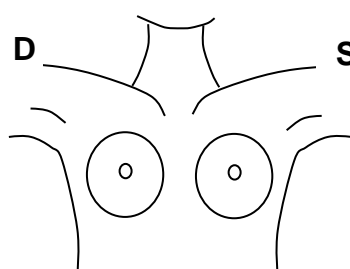
<b>Servizio di radiologia diagnostica ed interventistica</b>		ETICHETTA EOC
Primario:	Prof. Dr. med. R. Wyttenbach	
Vice Primario:	Dr. med. M. Alerci	
<b>Sede di:</b>		
<input type="checkbox"/> Bellinzona	Tel. 091 811 90 29	Fax 091 811 80 63
<input type="checkbox"/> Acquarossa	Tel. 091 811 25 11	Fax 091 811 25 17
<input type="checkbox"/> Faido	Tel. 091 811 21 11	Fax 091 811 21 02

## Richiesta per esame senologico

**IMPORTANTE: INVIARE CON IL PAZIENTE GLI ESAMI RADIOLOGICI PRECEDENTI**

Nome cassa malati:	Nome assicurazione:	SUVA <input type="checkbox"/>
		No.

Cognome: Nome: Data di nascita:	Indirizzo: Telefono:
---------------------------------------	-------------------------

<b>INDAGINE RICHIESTA:</b> <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"/> Galattografia	<div style="text-align: center;">  </div> Data esame: Ora:
---	--

<b>DATI CLINICI:</b>	<b>INFORMAZIONI SUPPLEMENTARI:</b>
	Allergia ai mezzi di contrasto: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	Gravidanza: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	Data ultime mestruazioni:
	Pace Maker: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	Creatinina: del:
	GFR: del:

<b>QUESITO CLINICO:</b>	Quick: del:
	PTT: del:
	Trombociti: del:

<b>Preparazione agli esami: vedi retro</b>
Medico richiedente (Timbro, firma e numero tel.)



## PREPARAZIONE AGLI ESAMI

### **Biopsia e stereotassia:**

Esami richiesti: Quick, PTT, Trombociti.

### **Ecografia mammaria:**

nessuna preparazione.

### **Mammografia e Mammo-RM:**

Donne in età fertile: esame dal 5° al 14° giorno dall'inizio delle mestruazioni.