

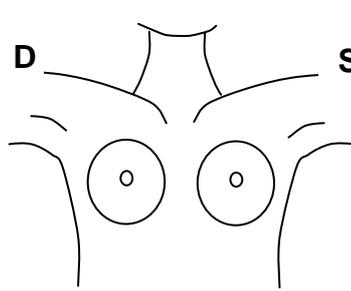
| | |
|--|----------------------|
| <p>Servizio di radiologia diagnostica ed interventistica</p> <p>Primario: Dr. med. F. Del Grande Viceprimario: Dr.ssa med. S. Tschuor-Costa</p> <p>Sede:</p> <p><input type="checkbox"/> Civico Tel. 091 811 60 91 Fax 091 811 60 90 <input type="checkbox"/> Italiano Tel. 091 811 60 91 Fax 091 811 76 82</p> | <p>ETICHETTA EOC</p> |
|--|----------------------|

Richiesta per esame senologico

IMPORTANTE: INVIARE CON IL PAZIENTE GLI ESAMI RADIOLOGICI PRECEDENTI

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

| | |
|--|------------------------------------|
| <p>Cognome:</p> <p>Nome:</p> <p>Data di nascita:</p> | <p>Indirizzo:</p> <p>Telefono:</p> |
|--|------------------------------------|

| | |
|---|---|
| <p>INDAGINE RICHIESTA:</p> <p><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</p> |  |
| | <p>Data esame:</p> <p>Ora:</p> |

| | | |
|-----------------------------|------------------------------------|---|
| <p>DATI CLINICI:</p> | INFORMAZIONI SUPPLEMENTARI: | |
| | 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: _____ |

| | |
|--------------------------------|------------------------------|
| <p>QUESITO CLINICO:</p> | Quick: _____ del: _____ |
| | PTT: _____ del: _____ |
| | Trombociti: _____ del: _____ |

Preparazione agli esami: vedi retro

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 da l'inizio delle mestruazioni.