

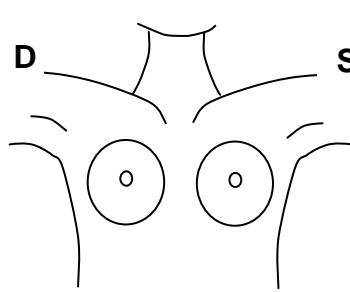
<b>Servizio di radiologia diagnostica ed interventistica</b>		<b>ETICHETTA EOC</b>
Primario:	Dr. med. F. Del Grande	
Viceprimario:	Dr.ssa med. S. Tschuor-Costa	
<b>Sede:</b>		
<input type="checkbox"/> <b>Civico</b>	Tel. 091 811 60 91	Fax 091 811 60 90
<input type="checkbox"/> <b>Italiano</b>	Tel. 091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

## Richiesta per esame senologico

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

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

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

<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	
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 da l'inizio delle mestruazioni.