

Richiesta per esame senologico

Importante: inviare con il paziente gli esami radiologici precedenti

Clinica di radiologia EOC • Primario Prof. Dr med. F. Del Grande	Gruppo Imaging femminile • Capogruppo Dr S. Schiaffino
<input type="checkbox"/> Sede ORBV Bellinzona Tel. 091 811 90 29 Fax 091 811 80 63 RadiologiaSenologica.Bellinzona@eoc.ch Primario Prof. Dr med. R. Wytttenbach	
<input type="checkbox"/> Sede ODL Locarno Tel. 091 811 46 28 Fax 091 811 46 23 Radiologia.locarno@eoc.ch Primario Dr med. J. Heinkel	
<input type="checkbox"/> Sede ORL, Ospedale Italiano Tel. 091 811 76 87 Fax 091 811 76 55 RadiologiaSenologica.ori@eoc.ch Viceprimario Dr med. G. Vincenzo	
<input type="checkbox"/> Sede OBV Mendrisio Tel. 091 811 32 54 Fax 091 811 30 31 Radiologia.mendrisio@eoc.ch Viceprimario Dr.ssa C. Puligheddu	

Nome cassa malati: _____ Nome assicurazione: _____ SUVA

N°.....

Etichetta paziente

Nome:

Cognome:

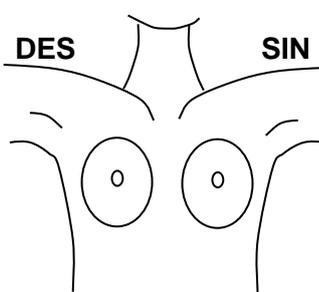
Data di nascita:

Indirizzo: _____

Telefono: _____

Inviare copia dei risultati a: _____

Data esame: _____ Ora: _____

INDAGINE RICHIESTA: <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"/>		INFORMAZIONI SUPPLEMENTARI: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%;">Data ultime mestruazioni:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Gravidanza:</td> <td><input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO</td> </tr> <tr> <td>Microinfusori e/o sensori per insulina (solo per RM mammaria):</td> <td><input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO</td> </tr> <tr> <td>Pace Maker/altri dispositivi impiantati (solo per RM mammaria):</td> <td><input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO</td> </tr> <tr> <td>Ipersensibilità/allergia ai mezzi di contrasto (solo per RM mammaria):</td> <td><input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO</td> </tr> </table>	Data ultime mestruazioni:		Gravidanza:	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO	Microinfusori e/o sensori per insulina (solo per RM mammaria):	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO	Pace Maker/altri dispositivi impiantati (solo per RM mammaria):	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO	Ipersensibilità/allergia ai mezzi di contrasto (solo per RM mammaria):	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
Data ultime mestruazioni:												
Gravidanza:	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO											
Microinfusori e/o sensori per insulina (solo per RM mammaria):	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO											
Pace Maker/altri dispositivi impiantati (solo per RM mammaria):	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO											
Ipersensibilità/allergia ai mezzi di contrasto (solo per RM mammaria):	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO											

DATI CLINICI:

Per la preparazione delle pazienti agli esami:
 procedura [IIMSI_I-RX-022](#)

DATA RICHIESTA:

MEDICO RICHIEDENTE (Timbro, firma e numero tel.):

QUESITO CLINICO: