



Modulo d'iscrizione in Radiologia

Telefono +41 41 939 55 77
Dal lunedì al venerdì ore 7.00 – 18.00

radiologie.spz@paraplegie.ch

Paziente

Cognome:

Ha già effettuato altri esami? ☐ sì ☐ no
In caso affermativo, si prega di allegare immagini.

Nome:

Data di nascita:

Via e n.:

Appuntamento:

NPA / Luogo:

Telefono:

☐ Convocare il / la paziente p.f.

Esame desiderato:

- ☐ Radiografia
- ☐ Esame EOS
- ☐ Ecografia
- ☐ DEXA (densitometria ossea)

- ☐ Risonanza magnetica
- ☐ TC; valori di creatinina / del _____
- ☐ Infiltrazione TC; anticoagulazione _____

Regione del corpo:

Dati clinici:

Quesito:

Fattori di rischio / Controindicazioni:

	sì	no
Gravidanza in corso	☐	☐
Allergie / Nota intolleranza ai m.d.c.	☐	☐
Funzione renale limitata	☐	☐
Disturbo della funzione della tiroide	☐	☐
Terapia anticoagulante, disturbo della coagulazione, diabete	☐	☐

Copia referto a:

☐ Inviare immagini a (via H-Net):

Per la RM, inoltre, indicare se:

	sì	no
Soffre di claustrofobia	☐	☐
Pacemaker, pompa antalgica, neuro-stimolatore, microinfusore per insulina	☐	☐
Parti metalliche (protesi, clip, valvola car-diaca, impianto cocleare, schegge metalliche)	☐	☐

Se ha degli impianti, voglia cortesemente allegare il rapporto operatorio/fornire maggiori informazioni. Grazie.

Medico inviante:

Telefono / E-mail:

Data / Firma: