



ISTITUTO DI CURA
CITTÀ DI PAVIA

Servizio di Radiologia e Diagnostica per Immagini

Responsabile: Dr. Alessandro Vercelli

QUESTIONARIO INFORMATIVO PER LA VALUTAZIONE DELL'ESAME

La preghiamo di compilare accuratamente questo questionario poiché le notizie che ci fornirà sono fondamentali per la valutazione dell'esame che sta per eseguire.

COGNOME _____ NOME _____ Data di nascita ___ / ___ / _____

 M F

ETÀ _____

ALTEZZA (cm) _____

PESO (Kg) _____

VALORE CREATININA E FILTRATO GLOMERULARE (PER ESAMI CON MEZZO DI CONTRASTO) _____

Chi le ha prescritto l'esame che sta per eseguire? medico di base specialista: _____

Descriva sinteticamente il motivo dell'esame che sta per eseguire:

 SI NO

Ha dolore nella zona che sta per essere esaminata?

(Se SI, indicare da quanto tempo: _____)

 SI NO

Ha avuto traumi nella zona che sta per essere esaminata?

(Se SI, indicare quando e con quali conseguenze: _____)

_____)

 SI NO

È stato operato nella zona che sta per essere esaminata?

(Se SI, indicare quando e il tipo d'intervento: _____)

_____)

 SI NO

È allergico a farmaci o alimenti?

(Se SI, indicare quali: _____)

_____)

 SI NO

È diabetico ?

 SI NO

Sta assumendo farmaci a base di METFORMINA ?

Consegna al personale sanitario eventuali esami diagnostici precedenti e ogni altra documentazione inerente all'indagine che sta per eseguire. Le verrà restituito al ritiro del referto.

Firma del Paziente