

RICHIESTA RADIOLOGICA

Reparto radiologia
Telefono 081 839 11 21

Servizio appuntamenti
giorni feriali 09.00 – 11.30

Cognome e nome

Data di nascita

Indirizzo

Domicilio

Telefono

CM/Assicurazione

Camera/classe

Termine in giornata
 con urgenza
 il giorno alle ore
 paziente da convocare

Paziente ambulante
 acuto
 geriatrico

Il paziente può stare in piedi? sì no

Il/la paziente è: allergico/a
 diabetico/a
 in gravidanza
 CD al/alla paziente

Diagnosi clinica

Quesito diagnostico

Esame richiesto

Data della richiesta:

Il medico richiedente:

Esame eseguito il:

N. immagini:

TRM: