

All. 3

UOC DIAGNOSTICA PER IMMAGINI – Direttore Dott. Stefano Canitano
UOS Diagnostica per Immagini di Area Territoriale – Responsabile Dott. Tommaso Cosentini

Modulo A2 – Richiesta esame diagnostico a domicilio

Per Medico Specialista ASL o Medico ADI

Da allegare all'impegnativa e inoltrare alla segreteria Gestione Radiologia Domiciliare (GRADO)

(Distretto 1: seg.radiologiaaslrieti@asl.rieti.it; Distretto 2: seg.radiomagliano@asl.rieti.it)

Data Compilazione: __/__/__

DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE

COGNOME _____ NOME _____

DATA DI NASCITA: __/__/____ COMUNE DI NASCITA _____

SESSO: []F []M

[] Allettato [] Non allettato con grave difficoltà alla deambulazione

TIPO DI ESAME RADIOLOGICO RICHIESTO(per gli esami radiografici specificare il lato in esame)

[] Rx Torace [] Rx Sterno [] Rx Clavicola [] Rx Scapola [] Rx Emitorace

[] Rx Articolazioni a. spalla b. gomito c. polso d. ginocchio e. caviglia

[] Rx Arti superiori a. omero b. avambraccio

[] Rx Arti inferiori a. femore b. gamba

[] Rx Mano [] Rx Piede [] Rx Calcagno

[] Rx Bacino [] Rx Anca

[] Ecografia Tiroide [] Ecografia addominale

MOTIVO CLINICO DELLA RICHIESTA

ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA

1. Patologie polmonari _____ 2. Patologie cardiache _____
3. Patologie oncologiche _____ 4. Patologie neurologiche _____
5. Patologie osteoarticolari _____ 6. Patologie chirurgiche _____
7. Patologie gastro-enteriche _____ 8. Patologie uro-genitali _____
9. Patologie psichiatriche _____ 10. Patologie ematologiche _____

Altro _____

COGNOME E NOME MEDICO RICHIEDENTE _____

TIMBRO E FIRMA

Recapito Medico richiedente Tel _____ email _____

DOMICILIO O STRUTTURA DI APPARTENENZA

[] RSA [] HOSPICE [] STRUTTURA DI CURA [] DOMICILIO PAZIENTE

Nome della struttura _____

Via/piazza _____ n° civico _____

Frazione _____ Comune _____

Telefono _____ email _____

TIMBRO E FIRMA