

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

Modulo A1 – Richiesta esame diagnostico a domicilio

Per MMG, PLS, Medico di RSA

Da allegare all'impegnativa e inoltrare al PUA di riferimento

(Rieti puarieti@asl.rieti.it, Antrodoco puaantrodoco@asl.rieti.it, Sant'Elpidio puaselpidio@asl.rieti.it, Osteria Nuova puaosterianuova@asl.rieti.it, Poggio Mirteto puapoggiomirteto@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 _____
7. Patologie chirurgiche _____
8. Patologie gastro-enteriche _____
9. Patologie uro-genitali _____
10. Patologie psichiatriche _____
11. 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 _____

NOME E COGNOME COORDINATORE _____

(da indicare solo per richieste provenienti da RSA)

TIMBRO E FIRMA _____