

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 _____ E-MAIL: radiologiadomiciliaredd1@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 _____

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 _____