

Richiesta pervenuta il ___/___/___

Firma del Ricevente:

RICHIESTA DI ESAME RADIOGRAFICO A DOMICILIO

Il presente modulo va debitamente compilato in ogni sua parte allegando la documentazione richiesta
pena la non presa in considerazione

Motivo dell'esame radiologico:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sospetto COVID 19 | <input type="checkbox"/> Patologia osteoarticolare |
| <input type="checkbox"/> Patologia polmonare aspecifica | <input type="checkbox"/> Controllo esiti di artroprotesi |
| <input type="checkbox"/> Patologia cardiaca | <input type="checkbox"/> Persona non deambulante |
| <input type="checkbox"/> Patologia neurologica | <input type="checkbox"/> Persona disabile |

Esame richiesto:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> RX torace | <input type="checkbox"/> RX bacino |
| <input type="checkbox"/> RX spalla dx <input type="checkbox"/> sn <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> RX anca dx <input type="checkbox"/> sn <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> RX omero dx <input type="checkbox"/> sn <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> RX femore dx <input type="checkbox"/> sn <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> RX gomito dx <input type="checkbox"/> sn <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> RX ginocchio dx <input type="checkbox"/> sn <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> RX avambraccio dx <input type="checkbox"/> sn <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> RX gamba dx <input type="checkbox"/> sn <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> RX polso dx <input type="checkbox"/> sn <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> RX caviglia dx <input type="checkbox"/> sn <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> RX mano dx <input type="checkbox"/> sn <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> RX piede dx <input type="checkbox"/> sn <input type="checkbox"/> |

Cognome:..... Nome:.....
Data di nascita:..... Indirizzo:.....
Edificio pluripiano: SI NO Piano:..... Ascensore: SI NO
Telefono:..... Cellulare:.....
Provenienza:.....
Medico Richiedente:..... Data proposta dal Richiedente: ___/___/___
NOTIZIE ANAMNESTICHE:

PRECEDENTI ESAMI DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI GIA' ESEGUITI: SI NO

(allegare fotocopia referto se non eseguito in una sede dell'AV2)

Il Medico Richiedente (timbro e firma)

Data richiesta: ___/___/___

Spazio riservato al Medico Radiologo

Prestazione giustificata: SI NO

Il Medico Radiologo (timbro e firma)

Esame programmato per il: ___/___/___