

MODULO DI RICHIESTA PER ESAMI RADIOLOGICI CON MEZZI DI CONTRASTO IODATI

(ai sensi della nota del M.d.S. del 17.09.1997)

Cognome e Nome _____

Nato/a a _____ il ____ / ____ / ____

Residente a _____ Via _____ Tel _____

Esame richiesto _____

Medico Curante _____ Tel _____

Per la corretta valutazione clinico-anamnestica è indispensabile conoscere dati relativi a :

- | | | |
|---|----|----|
| ■ Comprovato rischio allergico a contrasti organo-iodati o altre sostanze | SI | NO |
| se SI specificare | | |
| ■ Insufficienza epatica grave | SI | NO |
| ■ Insufficienza renale grave | SI | NO |
| ■ Insufficienza cardio-vascolare grave | SI | NO |
| ■ Anamnesi per mieloma | SI | NO |
| ■ Trattamento in atto con farmaci (β bloccanti, biguanidi, interleukina) | SI | NO |
| se SI specificare | | |
| ■ Assunzione di alcool, droghe | SI | NO |

(Timbro e Firma del Medico Curante)

Esami da eseguire e da presentare all'atto della prenotazione:

- | | |
|-----------------------|-----------------------------------|
| - Elettrocardiogramma | - QSP |
| - Creatinina | - Esame Urine |
| - Glicemia | - Ricerca Proteina di Bence Jones |
| - Transaminasi | |

► **Gli ESAMI DEL SANGUE** eseguiti presso il nostro Laboratorio vengono consegnati il giorno dopo.

I NOSTRI SERVIZI

sede di COSENZA

Laboratorio Analisi

Esami del sangue, Esame delle urine,
Spermiogramma, Tamponi Vaginali,
Intolleranze Alimentari, Breath Test.

Diagnostica per Immagini

Risonanza Magnetica, Tc,
Radiologia, Ortopanoramica,
Densitometria Ossea, Dentascan,
Mammografia, Ecografia.

Visite Specialistiche

Angiologia, Allergologia, Cardiologia,
Dietologia, Endocrinologia, Neurologia,
Osteoporosi, Pneumologia, Reumatologia,
Senologia, Urologia, Andrologia.

sede di CASTROVILLARI

Diagnostica per Immagini

Risonanza Magnetica, Tc,
Radiologia, Ortopanoramica,
Densitometria Ossea, Dentascan,
Mammografia, Ecografia,
Ecografia pediatrica, Ecocolor Doppler.