

**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 in giornata**▶ **I NOSTRI SERVIZI****Laboratorio Analisi**Esami del sangue, Esame delle urine,
Spermiogramma, Tamponi Vaginali,
Intolleranze Alimentari, Breath Test**Diagnostica per Immagini**Pet-Tc, Risonanza Magnetica, Tc,
Radiologia, Ortopanoramica,
Densitometria Ossea, Dentascan,
Mammografia, Ecografia**Visite Specialistiche**Angiologia, Allergologia, Cardiologia,
Dietologia, Endocrinologia,
Gastroenterologia, Neurologia,
Neurochirurgia, Osteoporosi, Pneumologia,
Reumatologia, Senologia, Urologia