

Nome e Cognome \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_

Prestazione eseguita \_\_\_\_\_

**Di seguito alcune domande la cui risposta dovrà essere riferita alle indagini radiografiche da eseguire ed alla relativa parte del corpo da esaminare:**

-Attività lavorativa \_\_\_\_\_  
(dall'attività lavorativa svolta si possono evincere informazioni significative per l'analisi dei risultati che emergeranno dalle indagini che verranno effettuate)

-Sport praticati: \_\_\_\_\_  
(dall'attività sportiva praticata si possono evincere informazioni significative per l'analisi dei risultati che emergeranno dalle indagini che verranno effettuate)

-Ha mai subito interventi a carico della parte del corpo da esaminare?  NO  SI'

Se SI Quando? \_\_\_\_\_ E che tipo di intervento? \_\_\_\_\_

-Questo esame è eseguito a causa di:  controllo per assicurazione  
 trauma del \_\_\_\_\_  altra motivazione \_\_\_\_\_  
 distorsione del \_\_\_\_\_  dolore spontaneo iniziato il \_\_\_\_\_

-Ora per cortesia descriva brevemente che cosa sente, se lo sente solo in occasione di un movimento/manovra specifica o durante una particolare attività:

-È in possesso di esami precedenti che riguardino la parte del corpo da sottoporre ad esame radiografico:  NO  SI'

Se SI la documentazione utile per l'indagine in corso verrà ritirata e Le verrà riconsegnata insieme al referto, quindi descriva quale documentazione lascia in custodia:

RX/RMN/TAC/altro \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 senza immagini  CON immagini CD/LASTRA/altro \_\_\_\_\_  
 RX/RMN/TAC/altro \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 senza immagini  CON immagini CD/LASTRA/altro \_\_\_\_\_

Firma dell'operatore a conferma del ritiro in custodia della documentazione \_\_\_\_\_

**ATTENZIONE L'INDAGINE NON PUÒ ESSERE ESEGUITA IN STATO DI GRAVIDANZA CERTA O PRESUNTA PER EVENTUALI POSSIBILI DANNI INDOTTI AL FETO.**

Luogo e Data

Firma Medico

Firma paziente