

Nome e Cognome..... Et  ..... Peso .....

Motivo dell'esame: .....

Pregressi interventi chirurgici su segmento da esaminare  NO  SI mese/anno .... / .....

Quali? .....

Traumi pregressi o recenti?

Colonna (cervicale, dorsale, lombare)  NO  SI Quando?Testa  NO  SI Quando?**PER RMN COLONNA:**DOLORE: Al collo  NO  SI Dorsale  NO  SI Lombare  NO  SI

Da quanto tempo? .....

## TIPO DI DOLORE:

continuo  NO  SIda sforzo  NO  SInotturno  NO  SI

insorto spontaneamente in data: .....

## IL DOLORE SI ESTENDE:

alla spalla  DX  SXalla natica  DX  SXal braccio  DX  SXalla coscia  DX  SXalla mano  DX  SXalla gamba  DX  SXal torace  DX  SXal piede  DX  SX**PER RMN ENCEFALO:** ha una o pi  delle seguenti patologie? ipertensione arteriosa diabete anemia cefalea sofferenze neonataliIl Paziente rilascia documentazione personale:  NO  SI'

Se s , specificare:

quantit ..... tipologia .....

Luogo..... Data .....

Firma .....