



Regione del Veneto
Istituto Oncologico Veneto- IRCCS
U.O.C. RADIODIAGNOSTICA ONCOLOGICA
RICHIESTA DI INDAGINI STRUMENTALI DI RADIODIAGNOSTICA



SPAZIO ETICHETTA	REPARTO _____ N.TEL. _____	<input type="radio"/> PAZIENTE RICOVERATO <input type="radio"/> PAZIENTE AMB. INTEGR. <input type="radio"/> PAZIENTE RICOVERATO IN D.H.	NUMERO LETTO _____
---------------------	-------------------------------	---	--------------------------

COGNOME E NOME	SESSO <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	DATA DI NASCITA
----------------	--	-----------------

IL PAZIENTE SARA' INVIATO A PIEDI IN SEDIA IN BARELLA NON PUO' ESSERE INVIATO

NOTIZIE CLINICHE E QUESITO RADIOLOGICO

RXGRAFIA	<input type="radio"/> Emitorace coste	Dx Sx	<input type="radio"/> Segmento osseo
Apparato Respiratorio-Torace	<input type="radio"/> Clavicola	Dx Sx	<input type="radio"/> Tessuti molli superficiali
<input type="radio"/> Torace	<input type="radio"/> Spalla	Dx Sx	<input type="radio"/> Agoaspirato ecoguidato
<input type="radio"/> Torace a letto	<input type="radio"/> Scapola	Dx Sx	<input type="radio"/> Mammella Dx Sx
<input type="radio"/> Mammografia+esame senologico	<input type="radio"/> Omero	Dx Sx	ECOCOLORDOPPLER
Apparato Digerente	<input type="radio"/> Gomito	Dx Sx	<input type="radio"/> Arto superiore Dx Sx
<input type="radio"/> Addome in bianco per livelli	<input type="radio"/> Avambraccio	Dx Sx	<input type="radio"/> Arto inferiore Dx Sx
<input type="radio"/> Esofago	<input type="radio"/> Polso	Dx Sx	<input type="radio"/> Vasi del collo
<input type="radio"/> Tubo digerente completo	<input type="radio"/> Mano	Dx Sx	<input type="radio"/> Vasi addominali
<input type="radio"/> Tubo digerente prime vie D.C.	<input type="radio"/> Dito Mano	Dx Sx	TAC <input type="radio"/> RMN <input type="radio"/>
<input type="radio"/> Clisma opaco D.C.	<input type="radio"/> Anca	Dx Sx	<input type="radio"/> Cerebrale
<input type="radio"/> Clisma Tenue	<input type="radio"/> Femore	Dx Sx	<input type="radio"/> Massiccio facciale
<input type="radio"/> Colangiografia Intraop.	<input type="radio"/> Ginocchio	Dx Sx	<input type="radio"/> Collo
<input type="radio"/> Kehrgrafia	<input type="radio"/> Gamba	Dx Sx	<input type="radio"/> Torace
<input type="radio"/> Fistolografia	<input type="radio"/> Tibio-Tarsica	Dx Sx	<input type="radio"/> Addome superiore
Apparato Urogenitale	<input type="radio"/> Piede	Dx Sx	<input type="radio"/> Addome inferiore
<input type="radio"/> Addome in bianco	ECOGRAFIA		<input type="radio"/> Spinale
<input type="radio"/> Urografia	<input type="radio"/> Tiroidea		<input type="radio"/> Arto superiore Dx Sx
<input type="radio"/> Cistouretrografia Minz.	<input type="radio"/> Collo		<input type="radio"/> Arto inferiore Dx Sx
Apparato Osteo-scheletrico	<input type="radio"/> Toracica		<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Cranio	<input type="radio"/> Epatica		<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Seni paranasali	<input type="radio"/> Splenica		
<input type="radio"/> Ossa nasali	<input type="radio"/> Pancreatica		
<input type="radio"/> Artic. Temp. Mandib.	<input type="radio"/> Renale		Mezzo di Contrasto <input type="radio"/> SI (associare consenso ed eventuale premedicazione) <input type="radio"/> NO
<input type="radio"/> Rachide cervicale	<input type="radio"/> Vescicale		
<input type="radio"/> Rachide dorsale	<input type="radio"/> Piccolo bacino		
<input type="radio"/> Rachide lombare	<input type="radio"/> Prostatica endoret.		
<input type="radio"/> Rachide sacrale	<input type="radio"/> Pelvica transvagin.		
<input type="radio"/> Bacino	<input type="radio"/> Articolare		

Data richiesta _____

Timbro e firma del Medico _____