



Regione del Veneto
Istituto Oncologico Veneto
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico



U.O.C. Radiodiagnostica Oncologica

Mod4-P_Pren
Rev 09
del 15.10.2013

**RICHIESTA DI INDAGINI STRUMENTALI DI
RADIODIAGNOSTICA PER PAZIENTI INTERNI**

REGIONE DEL VENETO

SPAZIO ETICHETTA	REPARTO _____	<input type="checkbox"/> PAZIENTE RICOVERATO	N° LETTO _____
	N° TEL. _____	<input type="checkbox"/> PAZIENTE RICOVERATO IN D.H.	DATA RICHIESTA / /
COGNOME E NOME _____		SESSO M O F O	DATA DI NASCITA / /

IL PAZIENTE SARÀ INVIATO A PIEDI IN SEDIA IN BARELLA NON PUÓ ESSERE INVIATO

NOTIZIE CLINICHE E QUESITO RADIOLOGICO

RADIOGRAFIA	<input type="checkbox"/> Anca	Dx Sx	<input type="checkbox"/> Tessuti molli superficiali	
Apparato Respiratorio-Torace	<input type="checkbox"/> Emitorace	Dx Sx	<input type="checkbox"/> Agoaspirato ecoguidato	
<input type="checkbox"/> Torace	<input type="checkbox"/> Clavicola	Dx Sx	ECOCOLORDOPPLER	
<input type="checkbox"/> Torace a letto	<input type="checkbox"/> Spalla	Dx Sx	<input type="checkbox"/> Arto superiore	Dx Sx
<input type="checkbox"/> Trachea	<input type="checkbox"/> Scapola	Dx Sx	<input type="checkbox"/> Arto inferiore	Dx Sx
Apparato Digerente	<input type="checkbox"/> Omero	Dx Sx	<input type="checkbox"/> Vasi del collo	
<input type="checkbox"/> Addome diretto per livelli	<input type="checkbox"/> Gomito	Dx Sx	<input type="checkbox"/> Vasi addominali	
<input type="checkbox"/> Esofago	<input type="checkbox"/> Avambraccio	Dx Sx	<input type="checkbox"/> TAC <input type="checkbox"/> RMN	
<input type="checkbox"/> Tubo Digerente completo	<input type="checkbox"/> Polso	Dx Sx	<input type="checkbox"/> Cerebrale	
<input type="checkbox"/> Tubo Digerente prime vie D.C.	<input type="checkbox"/> Mano	Dx Sx	<input type="checkbox"/> Massiccio Facciale	
<input type="checkbox"/> Clisma opaco D.C.	<input type="checkbox"/> Dito mano	Dx Sx	<input type="checkbox"/> Collo	
<input type="checkbox"/> Clisma Tenue	<input type="checkbox"/> Femore	Dx Sx	<input type="checkbox"/> Torace	
<input type="checkbox"/> Colangiografia intraoperatoria	<input type="checkbox"/> Ginocchio	Dx Sx	<input type="checkbox"/> Addome superiore	
<input type="checkbox"/> Kehrgrafia	<input type="checkbox"/> Gamba	Dx Sx	<input type="checkbox"/> Addome inferiore	
<input type="checkbox"/> Fistolografia	<input type="checkbox"/> Tibio-Tarsica	Dx Sx	<input type="checkbox"/> Spinale	
Apparato Urogenitale	<input type="checkbox"/> Piede	Dx Sx	<input type="checkbox"/> Arto superiore	Dx Sx
<input type="checkbox"/> Addome diretto	ECOGRAFIA		<input type="checkbox"/> Arto inferiore	Dx Sx
<input type="checkbox"/> Urografia	<input type="checkbox"/> Tiroidea		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Cistouretrografia minzionale	<input type="checkbox"/> Collo		<input type="checkbox"/>	
Apparato Scheletrico	<input type="checkbox"/> Toracica		M.D.C.	
<input type="checkbox"/> Cranio	<input type="checkbox"/> Epatica		<input type="checkbox"/> SI consenso ed eventuale premedicazione	<input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Seni Paranasali	<input type="checkbox"/> Splenica			
<input type="checkbox"/> Ossa nasali	<input type="checkbox"/> Pancreatica		Timbro e firma del Medico	
<input type="checkbox"/> Art. Temporo-Mandibolare	<input type="checkbox"/> Renale			
<input type="checkbox"/> Ortopantomografia	<input type="checkbox"/> Vescicale			
<input type="checkbox"/> Rachide Cervicale	<input type="checkbox"/> Piccolo bacino			
<input type="checkbox"/> Rachide Dorsale	<input type="checkbox"/> Prostatica endoretale			
<input type="checkbox"/> Rachide Lombare	<input type="checkbox"/> Pelvica transvaginale			
<input type="checkbox"/> Rachide Sacrale	<input type="checkbox"/> Articolare			
<input type="checkbox"/> Bacino	<input type="checkbox"/> Segmento osseo			