



R_RX_8-041 QUESTIONARIO ANAMNESTICO ESAME ISTEROSALPINGOGRAFIA
(a cura del Medico di Base)

COGNOME e NOME del PAZIENTE _____
DATA e LUOGO di NASCITA _____
INDIRIZZO e LUOGO di RESIDENZA _____

Comprovato rischio allergico a contrasti iodati o ad altri farmaci: SI NO

Se risultano segnalate allergie contattare almeno 3 giorni prima della data di prenotazione la segreteria del Servizio c/o il quale verrà eseguito l'esame

Forme di grave insufficienza cardio-vascolare: SI NO

Paraproteinemia o mieloma multiplo: SI NO

Fattori predisponenti l'insufficienza renale (diabete, gotta, cirrosi epatica, uso di farmaci nefrotossici, precedente chirurgia renale):

SI NO

Se SI Specificare la patologia: _____ e allegare la documentazione clinica e di diagnostica inerente la stessa

Data _____

FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO CURANTE

FIRMA DEL PAZIENTE PER PRESA VISIONE _____

=====

se il paziente non è in grado di firmare autonomamente o abbia precedentemente delegato altro soggetto

Il/la Sottoscritto/a _____ Nato il ___/___/___ a _____ ()

Residente in _____ () Via _____ N.° _____

in qualità di: Tutore / Curatore Speciale / Amministratore di sostegno del paziente (siglare la voce interessata)
 Persona di fiducia / fiduciario nominato nelle DAT del paziente

FIRMA _____

=====

Rispetto al minore suddetto, in qualità di:

Padre Madre Tutore/Curatore Speciale/Amministratore di sostegno

Esercente/i LA RESPONSABILITA' GENITORIALE (*): CONGIUNTA ESCLUSIVA (* barrare la voce interessata)

FIRMA _____

=====

[barrare se il mediatore non è stato interpellato]
Io sottoscritto/a _____, in qualità di mediatore culturale aziendale, attesto di aver tradotto fedelmente sia il contenuto delle informazioni generali che tutto ciò che il medico ha comunicato in data odierna al/alla paziente.

In fede _____ (firma mediatore culturale)

=====

Continua sul RETRO



IL MEDICO RESPONSABILE DELL'ESAME ISTEROSALPINGOGRAFIA

preso atto delle risposte fornite dal Medico Curante ed espletata l'eventuale visita medica e/o ulteriori indagini diagnostiche preliminari

AUTORIZZA L'ESECUZIONE DELL'INDAGINE ISTEROSALPINGOGRAFIA

Firma del Medico che esegue l'esame Isterosalpingografia

Data, _____

Redatto: Dott.ssa Serena Tettoni	Verificato: Responsabile Radiologia Interventistica Dr. Giuseppe Guzzardi	Approvato: Direttore SC Radiodiagnostica Prof. A. Carriero	Data emissione: Novara, 03/08/2020	Stato documento: Rev. 0 del 29/07/2020 
R_RX_8-001-41 QUESTIONARIO ANAMNESTICO istero 200729.docx			Pag. 2 di 2	