

Regione del Veneto
AZIENDA U.L.S.S. N. 6 EUGANEA

www.aulss6.veneto.it – P.E.C.: protocollo.aulss6@pecveneto.it

Via Enrico degli Scrovegni n. 14 – 35131 PADOVA

Cod. Fisc. / P. IVA 003490502 U.O. RADIOLOGIA P.O. CAMPOSAMPIERO DIRETTORE Dott. E. BISSOLI

**MODULO DI DOMANDA PER ESAME RADIOLOGICO A DOMICILIO (Modulo A) DA
ALLEGARE ALL'IMPEGNATIVA PER PAZIENTE A DOMICILIO**

Compilazione a cura del Medico Curante. Da inoltrare a: Segreteria di Cure Domiciliari

Allegare impegnativa

Data compilazione:/...../.....

DATI DEMOGRAFICI

COGNOME..... NOME.....

Data di Nascita/...../..... Etàanni

Sesso: F M

DOMICILIO/RESIDENZA

via/piazza..... nr civico.....

Frazione..... Comune.....

Presenza dell'ascensore : si no

Telefono fisso dell'abitazione

Cellulare di riferimento

Familiare o persona di riferimento

RICHIESTA ESAME RADIOLOGICO A DOMICILIO PER PAZIENTE IN REGIME DI ESENZIONE DAL TICKET :

- Allettato
- Con grave difficoltà alla deambulazione

CHE SI TROVA NELLE SEGUENTI CONDIZIONI:

- in ADIMED
- in ADP
- in CURE PALLIATIVE

Regione del Veneto
AZIENDA U.L.S.S. N. 6 EUGANEA

www.aulss6.veneto.it – P.E.C.: protocollo.aulss6@pecveneto.it

Via Enrico degli Scrovegni n. 14 – 35131 PADOVA

Cod. Fisc. / P. IVA 003490502 U.O. RADIOLOGIA P.O. CAMPOSAMPIERO DIRETTORE Dott. E. BISSOLI

TIPO DI ESAME RADIOLOGICO RICHIESTO

- | | | | |
|---|------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rx torace | <input type="checkbox"/> Rx sterno | <input type="checkbox"/> Rx clavicola | <input type="checkbox"/> Rx scapola |
| <input type="checkbox"/> Rx colonna: a. cervicale | b. dorsale | c. lombosacrale | d. sacro coccige |
| <input type="checkbox"/> Rx articolazioni: a. spalla | b. gomito | c. polso | d. ginocchio e. caviglia |
| <input type="checkbox"/> Rx arti superiori: a. omero | b. avambraccio | | |
| <input type="checkbox"/> Rx arti inferiori: a. femore | b. gamba | | |
| <input type="checkbox"/> Rx mani | <input type="checkbox"/> Rx piedi | <input type="checkbox"/> Rx calcagno | |
| <input type="checkbox"/> Rx bacino | <input type="checkbox"/> Rx anca | <input type="checkbox"/> Rx addome | <input type="checkbox"/> Rx cranio |

MOTIVO CLINICO DELLA RICHIESTA

.....
.....
.....
.....

ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA

1. patologie polmonari..... 2. patologie cardiache.....
3. patologie oncologiche.....4. patologie neurologiche.....
5. patologie osteoarticolari..... 6. patologie chirurgiche.....
7. patologie gastroenteriche..... 8. patologie uro-genitali.....
8. patologie psichiatriche..... 9. patologie ematologiche.....

Altro
.....
.....
.....

COGNOME E NOME DEL MEDICO RICHIEDENTE

TIMBRO E FIRMA