

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 00349050286
 U.O. RADIOLOGIA P.O. CAMPOSAMPIERO DIRETTORE DR. E. BISSOLI

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

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

Allegare impegnativa

| | | | | | |
|---|--------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|--------------|-------------|
| DA COMPILARE A CURE DEL MEDICO CURANTE | Data compilazione:/...../..... | | | | |
| DATI DEMOGRAFICI | | | | | |
| COGNOME..... | NOME..... | | | | |
| Data di Nascita/...../..... | Etàanni | | | | |
| Sesso: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | | | | | |
| RICHIESTA ESAME RADIOLOGICO A DOMICILIO PER PAZIENTE IN REGIME DI ESENZIONE DAL TICKET: | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Allettato Con grave difficoltà alla deambulazione | | | | | |
| 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 | | | | | |
| | | | | | |
| ... | | | | | |
| | | | | | |
| ... | | | | | |
| | | | | | |
| ... | | | | | |
| | | | | | |
| ... | | | | | |

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 00349050286
U.O. RADIOLOGIA P.O. CAMPOSAMPIERO DIRETTORE DR. E. BISSOLI

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

.....

DA COMPILARE A CURE DEL COORDINATORE DELLA STRUTTURA

STRUTTURA DI APPARTENENZA: RSA Hospice URT ODC

Nome struttura:.....

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

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

Telefono..... mail.....

Ospite: con impegnativa di residenzialità
valutato in UVMD, inserito in RUR in attesa di impegnativa

Nome e Cognome del Coordinatore

Timbro e Firma

.....