



QUESTIONARIO TAC

COGNOME NOME

DATA DI NASCITA PESO SESSO

E' in stato di gravidanza certa o presunta? [SI] [NO]

Ha delle allergie? [SI] [NO]

Ha mai avuto reazioni allergiche al Mezzo di Contrasto? [SI] [NO]

Quali?

Sta assumendo farmaci a base di Metformina? [SI] [NO]

E' diabetico?..... [SI] [NO]

IL MEDICO RESPONSABILE DELL'ESAME TAC

Preso atto delle risposte fornite dal paziente ed espletata l'eventuale visita medica e/o ulteriori indagini diagnostiche preliminari

AUTORIZZA L'ESECUZIONE DELL'INDAGINE TAC

Firma del Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame Data

IL PAZIENTE

Ritiene di essere stato sufficientemente informato sui rischi e sulle controindicazioni legate all'esposizione ai campi elettromagnetici generati dall'apparecchiatura TAC, pertanto consapevole dell'importanza delle risposte fornite, **ACCONSENTE** l'esecuzione dell'esame.

Firma del Paziente Data

Questionario RM Rev.1 Nov.2020

Istituto Clinico Beato Matteo

Sistema di gestione Qualità UNI EN ISO 9001 certificato da Italcert
Sistema di Gestione Salute e Sicurezza sul Lavoro BS OHSAS 18001 certificato da Certiquality

Corso Pavia 84 – 27029 Vigevano (PV)
Tel. +39 0381.347414 | Fax 0382.576821 | info.icbm@grupposandonato.it
di Istituti Clinici di Pavia e Vigevano S.p.A. – Via Parco Vecchio 27 – 27100 Pavia (PV)
Reg. Imp. Pavia 00182770180 – C.F. e P.IVA 00182770180 | Capitale Sociale € 7.206.300 i.v.

www.grupposandonato.it