



Questionario preliminare per l'esame di Risonanza Magnetica

U.O. di Radiologia Diagnostica per Immagini ed Interventistica

Direttore: Prof. Luca Maria Sconfienza

QUESTIONARIO ANAMNESTICO

Data di compilazione ___ / ___ / _____

NOME _____

COGNOME _____

DATA DI NASCITA _____

ES

AV

ETICHETTA

N.B. COMPILARE UNICAMENTE LA PARTE RELATIVA AL DISTRETTO CORPOREO DA INDAGARE

ARTO SUP. DX SIN SPALLA GOMITO POLSO MANO

HA SUBITO UN TRAUMA? SI NO DATA _____

DA QUANTO TEMPO ACCUSA IL DOLORE? gg _____ mesi _____ anni _____

HA SUBITO INTERVENTI CHIRURGICI NELLA PARTE IN ESAME?

SE LA RISPOSTA E' AFFERMATIVA, INDICHI LA DATA _____

E IL TIPO D'INTERVENTO _____

DESCRIVA IL DOLORE E LA POSIZIONE _____

ARTO INF. DX SIN ANCA GINOCCHIO CAVIGLIA PIEDE BACINO

HA SUBITO UN TRAUMA? SI NO DATA _____

DA QUANTO TEMPO ACCUSA IL DOLORE? gg _____ mesi _____ anni _____

HA SUBITO INTERVENTI CHIRURGICI NELLA PARTE IN ESAME? SI NO

SE LA RISPOSTA E' AFFERMATIVA, INDICHI LA DATA _____

E IL TIPO D'INTERVENTO _____

DESCRIVA IL DOLORE E LA POSIZIONE _____

COLONNA CERVICALE **COLONNA DORSALE** **COLONNA LOMBO-SACRALE**

HA SUBITO UN TRAUMA? SI NO DATA _____

DA QUANTO TEMPO ACCUSA IL DOLORE? gg _____ mesi _____ anni _____

HA SUBITO INTERVENTI CHIRURGICI NELLA PARTE IN ESAME? SI NO

SE LA RISPOSTA E' AFFERMATIVA, INDICHI LA DATA _____

E IL TIPO D'INTERVENTO _____

DESCRIVA IL DOLORE E LA POSIZIONE _____

ENCEFALO

HA SUBITO UN TRAUMA? SI NO DATA _____

DA QUANTO TEMPO ACCUSA IL DOLORE? gg _____ mesi _____ anni _____

HA SUBITO INTERVENTI CHIRURGICI NELLA PARTE IN ESAME?

SE LA RISPOSTA E' AFFERMATIVA, INDICHI LA DATA _____

E IL TIPO D'INTERVENTO _____

DESCRIVA IL DOLORE E LA POSIZIONE _____



Questionario preliminare per l'esame di Risonanza Magnetica

U.O. di Radiologia Diagnostica per Immagini ed Interventistica

Direttore: Prof. Luca Maria Sconfienza

ACCERTAMENTI PRELIMINARI PER L'ESECUZIONE DELLA R.N.M.

NOME _____

COGNOME _____

DATA DI NASCITA _____

HA EFFETTUATO TERAPIE FARMACOLOGICHE? SI NO

QUALI? _____

CON BENEFICIO? SI NO

HA EFFETTUATO TERAPIE FISICHE? SI NO

QUALI? _____

CON BENEFICIO? SI NO

E' AFFETTO DA UNA PATOLOGIA ONCOLOGICA O SI SOSPETTA ESSERLO? SI NO

SE LA RISPOSTA E' AFFERMATIVA INDICHI IL TIPO DI PATOLOGIA _____

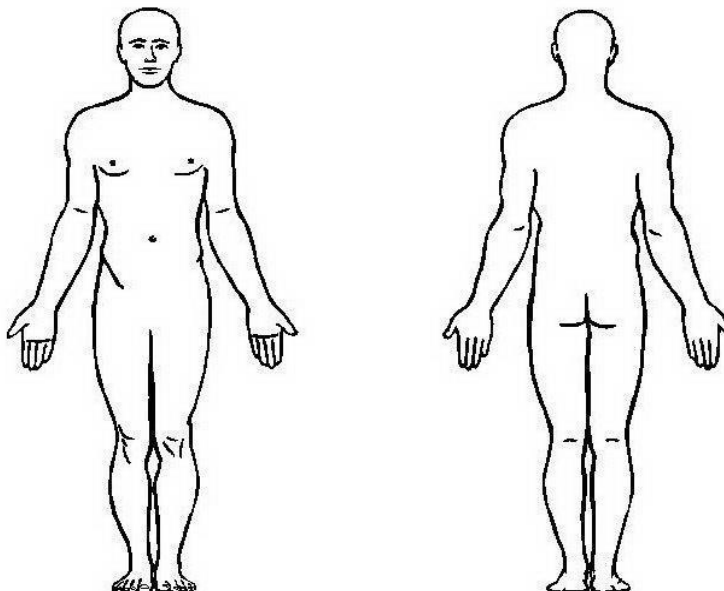
HA EFFETTUATO TERAPIE ONCOLOGICHE? SI NO

SE LA RISPOSTA E' AFFERMATIVA LE INDICHI SPECIFICANDO LE DATE _____

HA CON SE, DA DARE IN VISIONE DEI PRECEDENTI? SI NO

SPECIFICARE QUALI _____

INDICARE LA LOCALIZZAZIONE DEL DOLORE



FIRMA DEL PAZIENTE
