

## QUESTIONARIO PER CHI SI SOTTOPONE A RX TORACE

1) Ha tosse?

SI  NO

Da quanto tempo? (*indicare accanto da quanto*)

Giorni: \_\_\_\_\_

Settimane: \_\_\_\_\_

Mesi: \_\_\_\_\_

È un fumatore/trice?

SI  NO

2) Ha accusato sintomatologia febbrile?

SI  NO

Da quanto tempo? (*indicare accanto da quanto*)

Giorni: \_\_\_\_\_

Settimane: \_\_\_\_\_

Mesi: \_\_\_\_\_

3) Indichi se ha avuto in passato o recentemente qualche patologia, e dove (*destra o sinistra*)?

- a) Asma
- b) Polmonite
- c) Bronchite cronica
- d) Tubercolosi
- e) Pneumotorace
- f) Tromboembolia
- g) Ipertensione polmonare
- h) Neoplasie polmonare
- i) Pleurite
- j) COVID-19

4) Ha mai fatto prima questo tipo di esame?

SI  NO

5) Ha portato le radiografie precedenti?

SI  NO

**LA INVITIAMO A PRENDERE VISIONE DELLE NORME DI RADIOPROTEZIONE AFFISSE  
NEI LOCALI DELLA RADIOLOGIA ED A RIVOLGERSI AL PERSONALE IN CASO DI DUBBI**

Data \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Firma Paziente \_\_\_\_\_