



QUESTIONARIO ANAMNESTICO: TC TORACE HR

INDICARE I DATI DEL PAZIENTE SOTTOPOSTO ALL'INDAGINE DIAGNOSTICA

NOMINATIVO _____

DATA DI NASCITA ____/____/____

DATA ESAME ____/____/____

DA COMPILARE A MANO IN MANCANZA DI ETICHETTA ADESIVA

Per comprendere il significato di eventuali alterazioni che possano emergere dalla TAC del torace, il radiologo che reperta l'esame può essere facilitato ed essere più preciso, se gli vengono trasmesse alcune informazioni anamnestiche, come le seguenti. Queste informazioni rimangono del tutto riservate e circoscritte al medico radiologo che referta l'esame.

SI NO Oggi è la prima **TAC** ? Quanti anni ha ? _____
Che tipo di attività lavorativa pratica/praticava ? _____
Che disturbi ha?
 Tosse
 Catarro
 Sangue nel catarro
 Fatica a respirare sempre
 Fatica a respirare negli sforzi fisici
 Dolore toracico **DX – SX** (da quanti giorni _____)
 Febbre (Se **SI**, fino a quanti giorni fa ? _____)
 Altri disturbi _____

SI NO Prende farmaci per il cuore ? (Se **SI**, quali ? _____)
 SI NO Assume farmaci come statine ? (Altri farmaci _____)
 SI NO È o è stato esposto a polveri ? (es. asbesto, a cemento, farina, ecc...)
 SI NO Ha animali in appartamento come uccelli canarini pappagalli o simili ?
 SI NO È o è stato esposto a fertilizzanti, concimi, sostanze chimiche diverse?
 SI NO Ha avuto in passato polmoniti e/o pleuriti ?
 SI NO Ha avuto altre infezioni polmonari come tubercolosi ?
 SI NO Ha avuto importati traumi toracici, fratture costali, ecc... ?
 SI NO È in cura per malattie croniche polmonari come fibrosi, sarcoidosi, ecc... ?
 SI NO Soffre di asma e/o di allergie ?
 SI NO Fuma ? (Se **SI** quanto ? _____ - SE **FUMAVA**, da quanti anni ha smesso ? _____)
 SI NO Ha altre informazioni che crede siano utili da aggiungere al fine dell'esame diagnostico ?

Questionario anamnestico TC torace HR - Rev. 2 - 2022

Istituto di Cura Città di Pavia

Sistema di gestione Qualità UNI EN ISO 9001 certificato da Italtcert

Sistema di Gestione Salute e Sicurezza sul Lavoro BS OHSAS 18001 certificato da Certiquality

Via Parco Vecchio 27 – 27100 Pavia (PV)

Tel. +39 0382.433611 | Fax 0382.576821 | info.iccp@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