

QUESTIONARIO PER L'ESECUZIONE DELL'ESAME RADIOGRAFICO

1) Per quale motivo Lei si sottopone a questo tipo di esame?

- Dolore
 Trauma
 Controllo di eventuali patologie: indicare il tipo di patologia _____

Dove esattamente è localizzato il dolore?

(Indicare nel disegno la regione corporea interessata)

Da quanto tempo accusa questo dolore?

Giorni _____ Settimane _____ Mesi _____
Anni _____

2) Questo dolore si è presentato a seguito di un trauma?

SI NO

Quando è avvenuto il trauma?

Giorni..... Settimane..... Mesi..... Anni.....

3) Si è sottoposto a qualche cura?

SI NO

Cure farmacologiche SI NO

Per quanto tempo? (Indicare accanto da quanto)

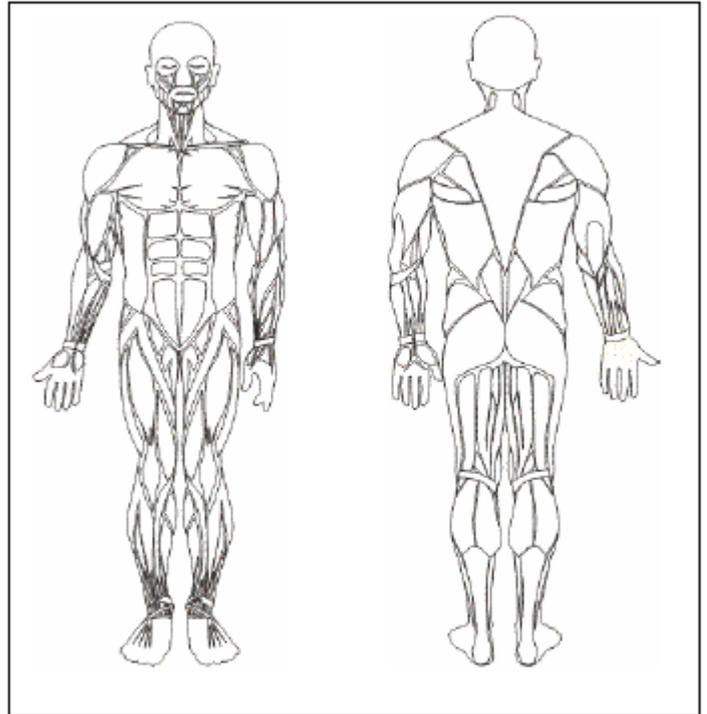
Giorni _____ Settimane _____ Mesi _____
Anni _____

4) Ha mai fatto prima questo tipo di esame?

SI NO

Ha portato le radiografie precedenti?

SI NO



SOLO SE È STATO OPERATO, DOVE?

(A) Colonna vertebrale (cervicale/dorsale/lombare) (E) Mano (K) Caviglia

(B) Spalla (F) Anca (I) Piede

(C) Avambraccio / gomito (G) Coscia

(D) Polso (J) Ginocchio

Altro? _____

Quando è stato operato? _____

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

Data ___/___/_____ Cognome _____ Nome _____

Firma Paziente _____