

RM 1	V2	3T
-------------	-----------	-----------

QUESTIONARIO ANAMNESTICO PER L'ESAME DI RISONANZA MAGNETICA

NOME	
COGNOME	
DATA DI NASCITA	

ETICHETTA

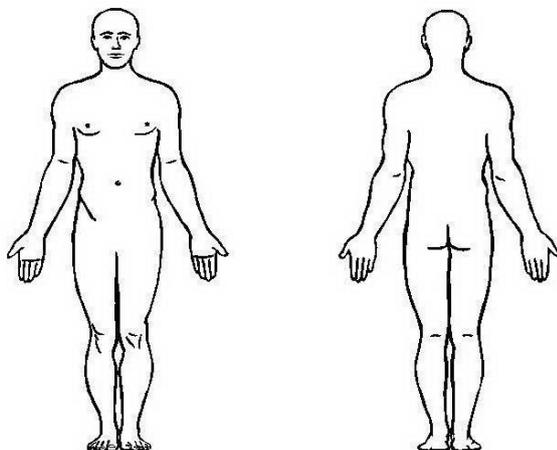
SELEZIONARE SOLO LA PARTE RELATIVA AL DISTRETTO DA INDAGARE

ARTO INF	DX	SX	ANCA	GINOCCHIO	CAVIGLIA	PIEDE	BACINO
ARTO SUP	DX	SX	SPALLA	GOMITO	POLSO	MANO	
COLONNA			CERVICALE	DORSALE	LOMBOSACRALE		
ALTRO			ADDOME	ENCEFALO	CUORE		PROSTATA

- HA SUBITO UN TRAUMA? SI NO
DATA _____ DA QUANTO TEMPO ACCUSA IL DOLORE? _____
- HA SUBITO INTERVENTI CHIRURGICI NELLA PARTE IN ESAME? SI NO
DATA _____ E TIPO INTERVENTO _____
- DESCRIVA IL DOLORE E POSIZIONE _____

HA EFFETTUATO TERAPIE FARMACOLOGICHE/FISICHE?	SI	NO	QUALI?
CON BENEFICIO?	SI	NO	
E' AFFETTO DA PATOLOGIA ONCOLOGICA O SOSPETTA DI ESSERLO?	SI	NO	INDICARE TIPO PATOLOGIA:
HA EFFETTUATO TERAPIE ONCOLOGICHE?	SI	NO	SPECIFICARE DATE:
HA CON SE' ESAMI PRECEDENTI?	SI	NO	QUALI?

INDICARE LA LOCALIZZAZIONE DEL DOLORE



FIRMA _____