

Cognome : _____

Data di nascita:

Nome : _____

Peso : kgAltezza : cm

	SI	NO
Soffrite di allergie conosciute ai prodotti di contrasto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soffrite di allergie conosciute a certi medicinali? Se si, quali : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soffrite d'altre allergie o d'asma? Se si, quali: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soffrite di una malattia renale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soffrite di una patologia tiroidea? Se si, quali medicinali prendete: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soffrite di diabete? Se si, quali medicinali prendete (per esempio Metformin): _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prendete di medicinali anti-coagulanti? (aspirina, sintrom, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Per le donne :		
Siete incinta o pensate di esserlo ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Siete in un periodo di allattamento ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altre informazioni o supplemento di informazione? _____ _____ _____		

Con la firma, confermo di avere letto le informazioni su questo esame e di aver compreso e risposto in maniera corretta a questo questionario ed acconsento all'effettuazione dell'esame. Per una migliore valutazione del mio caso, accetto che il centro possa richiedere precedenti rapporti di esami medici.

Firma del paziente: _____

Data :