affidea

QUESTIONARIO DI SICUREZZA
Medicina nucleare

Cognome :_____ Data di nascita: | | | | | | |

Nome : _____ Peso : kg

Altezza : cm

	SI	NO
Prendete di medicinali anti-coaluganti? Se si, quali : _____	☐	☐
Soffrite d´altre allergie o d´asma? Se si, quali: _____	☐	☐
Soffrite di una malattia renale? Se si, quali: _____	☐	☐
Soffrite di una patologia tiroidea? Se si, quali medicinali prendete:_____	☐	☐
Per le donne: Siete incinta o pensate di esserlo ?	☐	☐
Siete in un periodo di allattamento ?	☐	☐

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 : | | | | | | |