

Cognome : _____	Data di nascita: <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
Nome : _____	Peso : <input style="width: 80px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> kg
	Altezza : <input style="width: 80px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> cm

	SI	NO
Prendete di medicinali anti-coagulanti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soffrite di allergie conosciute ai prodotti di contrasto? 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? Se si, quali: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soffrite di diabete? Se si, quali medicinali prendete (per esempio Metformin): _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soffrite di ulcera allo stomaco ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Per le iniezioni terapeutiche : Avete già fatto infiltrazioni di cortisone ? Quando : <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Per le donne :</b>		
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? _____ _____ _____		
<p>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.</p>		
Firma del paziente: _____	Data : <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/>	