

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA  Logo Azienda	Cognome	Barcode
	Nome	
	Data di nascita	
	N° CCI/Nosologico	

**SEZIONE RADIOLOGIA  
RADIOLOGIA INTERVENTISTICA E COMPLEMENTARE**

- Esame richiesto**
- CT con mezzo di contrasto       CT senza mezzo di contrasto
- RM       Ecografia
- RX complesso  
*Specificare:* \_\_\_\_\_
- Indagine radiologica/neuroradiologica interventistica  
*Specificare:* \_\_\_\_\_

IDENTITA' DEL PAZIENTE CONTROLLATA:  SI  NO

CHECK-LIST PRE-INDAGINE COMPILATA:  SI  NO

MODULO DI CONSENSO COMPILATO:  SI  NO

**Annotazioni di tecnica radiologica**

---

---

---

---

---

**Comunicazioni al reparto**

---

---

---

---

---

Data ...../...../..... ora ..... Firma .....

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA  Logo Azienda	Cognome	Barcode
	Nome	
	Data di nascita	
	N° CCI/Nosologico	

**CHECKLIST PRE-INDAGINE**  
(ad uso del medico prescrivente)

STATO DI GRAVIDANZA:  SI  NO

CREATININA SIERICA:  SI  NO VALORE: \_\_\_\_\_ DATA esame: \_\_\_\_\_

GRF:  SI  NO VALORE:  GFR>60  GFR 30<60  GFR < 30 DATA esame: \_\_\_\_\_

DIGIUNO DA ALMENO 6 ORE:  SI  NO

PREPARAZIONE ALL'ESAME:  SI  NO *(vedi procedura di riferimento)*

ALLERGIE NOTE:  SI  NO

Specificare: \_\_\_\_\_

PRESA VISIONE DELLE INDAGINI RADIOLOGICHE PRECEDENTI:  SI  NO

PREMEDICAZIONE EFFETTUATA:  SI  NO

Specificare:

24 h prima dell'esame: DELTACORTENE F (prednisolone) 25 mg - 1 cp ogni 6 h (totale 100 mg)

3 h prima dell'esame: RANITIDINA 1 cp da 150 mg

12 h dopo l'esame: DELTACORTENE F (prednisolone) 25 mg - 1 cp

Data ...../...../..... ora .....

Firma .....

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA</p> <p>Logo Azienda</p>	Cognome	Barcode
	Nome	
	Data di nascita	
	N° CCI/Nosologico	

**SEZIONE MEDICINA NUCLEARE**

Esame richiesto  Scintigrafia -SPECT  PET – CT

IDENTITA' DEL PAZIENTE CONTROLLATA:  SI  NO

CHECK-LIST PRE-INDAGINE COMPILATA:  SI  NO

MODULO DI CONSENSO COMPILATO:  SI  NO

<input type="checkbox"/> METODICA SCINTIGRAFIA / SPECT		<input type="checkbox"/> METODICA PET - CT	
Radiofarmaco utilizzato	Dose somministrata	Modalità	Note

**Annotazioni di tecnica radiologica**

---



---



---



---

**Comunicazioni al reparto**

---



---



---



---

Data ...../...../..... ora ..... Firma .....

 Logo Azienda	Cognome	Barcode
	Nome	
	Data di nascita	
	N° CCI/Nosologico	

**CHECKLIST PRE-INDAGINE**  
(ad uso del medico prescrivente)

**STATO DI GRAVIDANZA** (indicare solo per pazienti in età fertile ~ 13-55 aa) :  SI  NO

**PESO del PZ:** \_\_\_\_\_ kg **ALTEZZA del PZ:** \_\_\_\_\_ cm

**CREATININA SIERICA:**  SI  NO **VALORE:** \_\_\_\_\_ **DATA esame:** \_\_\_\_\_

**GRF:**  SI  NO **VALORE:**  GFR>60  GFR 30<60  GFR < 30 **DATA esame:** \_\_\_\_\_

**GLICEMIA:**  SI  NO **VALORE:** \_\_\_\_\_ **ORA gluco-stick:** \_\_\_\_\_

**DIGIUNO DA ALMENO 6 ORE:**  SI  NO

**PREPARAZIONE ALL'ESAME:**  SI  NO (vedi procedura di riferimento)

Specificare modalità:

idratazione \_\_\_\_\_

somministrazione farmaci \_\_\_\_\_

cateterismo vescicale \_\_\_\_\_

altro \_\_\_\_\_

**ALLERGIE NOTE:**  SI  NO

Specificare: \_\_\_\_\_

**PRESA VISIONE DELLE INDAGINI RADIOLOGICHE PRECEDENTI:**  SI  NO

**PRESA VISIONE ALTRA DOCUMENTAZIONE PRECEDENTE:**  SI  NO

Data ...../...../..... ora ..... Firma .....