



Schede

DIM-RD-MD-richiestacoloscopia  
Data approvazione: 24-03-2016

Dipartimento Diagnostica per Immagini  
Struttura Complessa Radiologia

**RICHIESTA COLOGRAFIA TC (COLONSCOPIA VIRTUALE)**

**ATTENZIONE**

**E' OBBLIGATORIO COMPILARE IL MODULO DI RICHIESTA PER ESAMI TC ALLEGATO**

**MOD. GE05 RICHIESTA TC - ASL3**

<input type="checkbox"/> RICOVERATO	COGNOME .....
<input type="checkbox"/> D.H. n° .....	NOME .....
<input type="checkbox"/> AMBULATORIALE	RECAPITI TEL. ....
<input type="checkbox"/> SCREENING	DATA NASCITA ...../...../.....

FAMILIARITA' PER PATOLOGIA GASTROENTERICA (specificare grado di parentela) .....	SI	NO
PREGRESSA ASPORTAZIONE NEOFORMAZIONI / POLIPI INTESTINALI (N.B. <u>allegare copia di eventuale istologico</u> )	SI	NO
RICERCA SANGUE OCCULTO	SI	NO (ESITO .....
PREGRESSA ENDOSCOPIA E/O RX CLISMA (Allegare referto/immagini ) (In caso di esecuzione parziale specificare sito e motivo dell'interruzione .....	SI	NO

**ANAMNESI E QUESITO CLINICO:**

DICHIARO DI ESSERE STATO/A ESAURIENTEMENTE INFORMATO/A DELL'UTILITA' E DEI RISCHI CHE QUESTA INDAGINE COMPORTA E NEL CONTEMPO DICHIARO:

- DI ACCONSENTIRE ALLO SVOLGIMENTO DELL'INDAGINE
- DI **NON** ESSERE IN STATO DI GRAVIDANZA SE DONNA FERTILE
- DI IMPEGNARMI AD ESIBIRE TUTTI GLI ESAMI SVOLTI PRECEDENTEMENTE A QUESTA INDAGINE INERENTI LA MIA PATOLOGIA

GENOVA ...../...../.....      FIRMA DEL PAZIENTE .....

GENOVA ...../...../.....      TIMBRO PERSONALE E  
FIRMA DEL MEDICO RICHIEDENTE



**DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI**  
DIRETTORE DOTTORESSA NICOLETTA GANDOLFO

