



Questionario per tomografia computerizzata (TC)

Gentile paziente,

la preghiamo di rispondere coscientemente alle domande del presente questionario.

I nostri collaboratori sono a sua completa disposizione per ulteriori domande o chiarimenti.

Cognome: _____ Nome: _____ Data di nascita: _____

| | | | |
|--|--|-----------------------------|-----------------------------|
| Ha mai eseguito un esame di tomografia computerizzata? | Presso quale istituto di radiologia? _____ | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| | Di quale regione del corpo? _____ | | |
| | Il mezzo di contrasto le era stato iniettato in vena? | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| | Lo ha ben tollerato? | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Lei ha... | mai avuto reazioni allergiche a un mezzo di contrasto utilizzato per una TC? | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| | altre allergie? → quali? _____ | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| | intolleranze a farmaci? → quali? _____ | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Soffre di... | una malattia renale? | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| | asma bronchiale? | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| | bronchite cronica? | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| | altre malattie polmonari? | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| | una grave malattia a carico del cuore? | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| | una grave malattia a carico dei vasi sanguigni? | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| | ipertiroidismo? | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| | altre malattie a carico della tiroide? | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| diabete? | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no | |
| Attualmente... | è sottoposto a chemioterapia? | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| | assume farmaci contro il diabete? | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Per le donne | È in atto una gravidanza o potrebbe essere incinta? | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| | Sta allattando? | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| La sua altezza: _____ cm Il suo peso attuale: _____ kg | | | |

Con la presente confermo di aver preso atto delle informazioni e di aver risposto coscientemente alle domande poste. Con la mia firma acconsento all'esecuzione dell'esame.

Data: _____

Firma: _____