

**POLIAMBULATORIO PRIVATO ZAPPI BARTALENA**  
**Scheda Anamnesi Mammografia, Rx e RM Apparato Scheletrico**

**Cognome e Nome**

**Data di Nascita**

**Per Quale Motivo Esegue Questo Esame?**

- O – Dolore:      O – Nodulo:  
- dove? *Indicare la sede nel disegno a fianco*  
- da quanto tempo?  
O - Controllo Protesi      O – Osteoporosi      O – Trauma  
O - Altro:

**Ha Subito Traumi Scheletrici?**

- O – SI'      quali?      quando?      O - NO

**Interventi Chirurgici Importanti in Passato?**

- O – SI'      quali?      quando?      O - NO

**Malattie Importanti in Passato?**

- O – SI'      quali?      quando?      O - NO

**Ha Mai Eseguito i Seguenti Esami?**

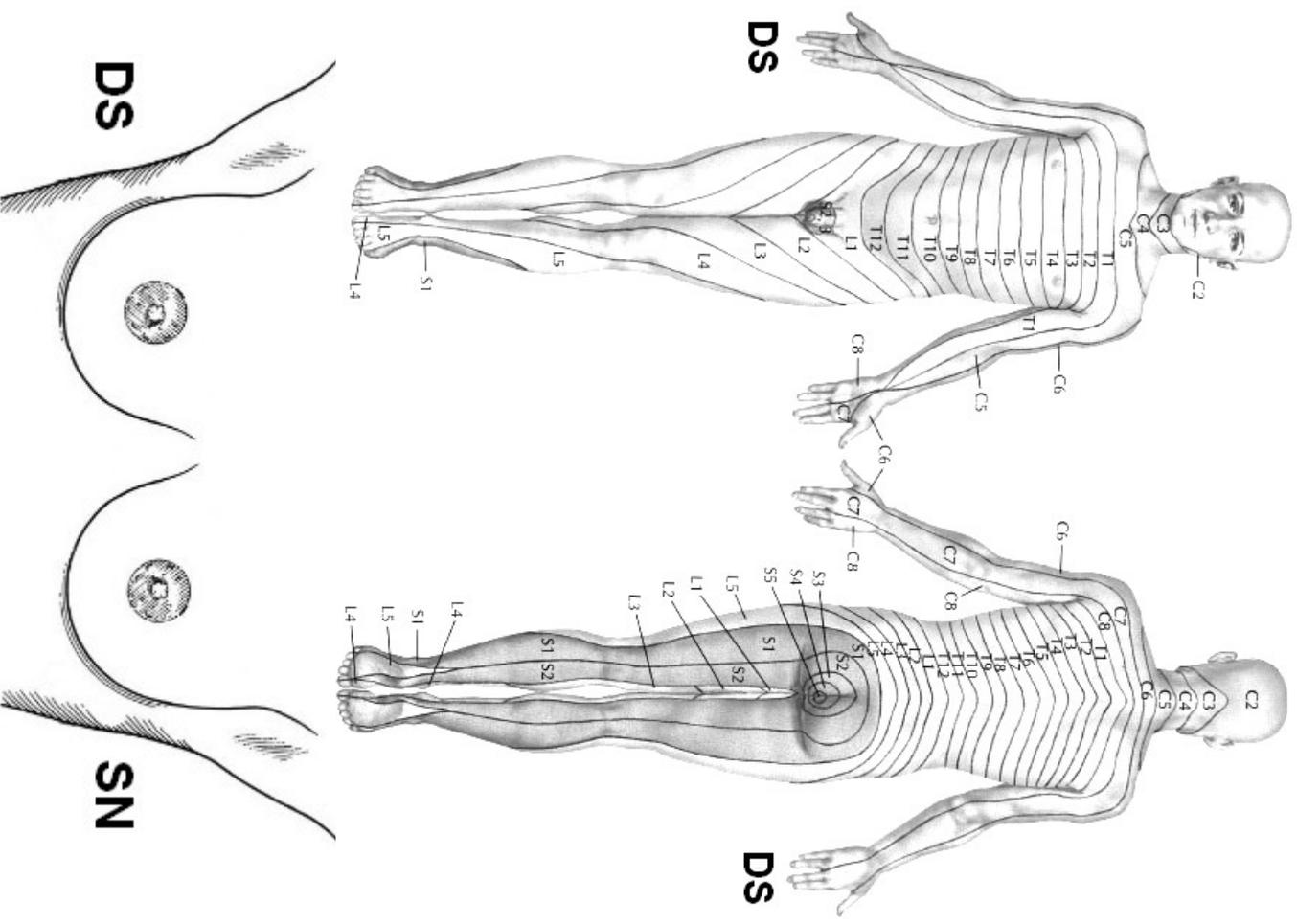
- O - SI'      O - NO  
O - Rx      O - Mammografia      O - TAC      O - RM      O - PET  
O - Densitometria Ossea      O - Scintigrafia Ossea

**Da compilare per le pazienti di sesso femminile**

Io sottoscritta prima di essere sottoposta all'esame radiologico dichiaro di non essere in stato di gravidanza.

**Data:**

**Firma:**



**POLIAMBULATORIO PRIVATO ZAPPI BARTALENA**  
**Scheda Anamnesi RX e RM Torace**

**COGNOME e NOME**

**DATA DI NASCITA**

**FUMATORE**

- SI'

- NO

Numero Sigarette al giorno:

Ho iniziato a fumare nel:

**EX-FUMATORE**

- SI'

- NO

Numero Sigarette al giorno:

Ho iniziato a fumare nel:

Ho smesso di fumare nel:

**Per quale motivo esegue questo esame?**

- Febbre

- Influenza

- Tosse Grassa

- Tosse Secca

- Asma

- Dolore Toracico

- Respiro Difficoltoso

- Prevenzione

- Altro:

**Malattie Polmonari in passato?**

- SI', quali?

- NO

**Malattie Cardiache in passato?**

- SI', quali?

- NO

**Altre Malattie Importanti o Interventi Chirurgici in passato?**

- SI', quali?

- NO

**Assume delle medicine?**

- SI', quali?

- NO

**Ha Mai Eseguito Esami RX o TAC in Passato?**

- SI', quali?

- NO

**Da Compilare per le Pazienti di Sesso Femminile**

Io sottoscritta, prima di essere sottoposta all'esame radiologico dichiaro di non essere in stato di gravidanza.

**Data:**

**Firma:**