



QUESTIONARIO PRELIMINARE
ALL'ESECUZIONE DI TC ADDOME COMPLETO
CON RICOSTRUZIONE TRIDIMENSIONALE DEL COLON

Le informazioni sul suo stato di salute, richieste nel presente questionario, servono per accertare l'assenza di controindicazioni all'esame, in modo da garantire che l'indagine diagnostica endoscopica si possa svolgere nelle migliori condizioni di sicurezza e al fine di ottenere delle informazioni diagnostiche il più accurate possibile.

DATI DEL PAZIENTE

COD. PAZIENTE

COGNOME _____ NOME _____
NATO/A _____ PROV _____ IL _____ / _____ / _____
CODICE FISCALE _____ DOC. IDENTITÀ TIPO _____ N. _____
RILASCIATO DA _____ IN DATA _____
TEL _____ EMAIL _____

Allegare copia fronte/retro del documento d'identità del paziente.

DATI DEL RAPPRESENTANTE LEGALE

COGNOME _____ NOME _____
NATO/A _____ PROV _____ IL _____ / _____ / _____
CODICE FISCALE _____ DOC. IDENTITÀ TIPO _____ N. _____
RILASCIATO DA _____ IN DATA _____
TEL _____ EMAIL _____

☐ TUTORE DEL PAZIENTE INABILITATO ☐ AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO ☐ GENITORE DEL PAZIENTE MINORE¹

¹ IN CASO DI SOTTOSCRIZIONE DI UNO SOLO DEGLI ESERCENTI LA POTESTÀ GENITORIALE, È NECESSARIO ALLEGARE AUTODICHIARAZIONE RELATIVAMENTE ALLA INDISPONIBILITÀ DELL'ALTRO GENITORE ED ALL'ESERCIZIO DELLA POTESTÀ GENITORIALE. IN CASO DI ESERCIZIO DELLA POTESTÀ GENITORIALE DISGIUNTO SARÀ INDISPENSABILE LA SOTTOSCRIZIONE DI ENTRAMBI GLI ESERCENTI LA POTESTÀ GENITORIALE OVVERO DI PROCURA NOTARILE DELL'ESERCENTE LA POTESTÀ GENITORIALE CHE NON SOTTOSCRIVE OVVERO DI DICHIARAZIONE CON LA QUALE SI ATTRIBUISCE LA FACOLTÀ DI SOTTOSCRIVERE IL CONSENSO ALL'ALTRO GENITORE, MUNITA DI DICHIARAZIONE D'AUTENTICITÀ DELLA FIRMA.

Allegare copia fronte/retro del documento d'identità del rappresentante legale.

Il presente documento è disponibile sul sito web: www.studioecorad.it



Via Guglielmo Marconi 38, 89018 Villa San Giovanni (RC)
☎ 0965.758156 @ info@studioecorad.it 📞 346.0924546

Direttore Sanitario
Dott. Francesco Plastina

Le raccomandiamo di rispondere al questionario con la massima attenzione. In caso di dubbi o domande, la preghiamo di rivolgersi al suo medico curante o al personale del Servizio di Radiologia, i medici e gli operatori saranno a sua completa disposizione per ogni chiarimento.

Per quale motivo (sospetto diagnostico) si sottopone all'esame?

Da chi è stato richiesto?

Soffre o ha mai sofferto di allergie e/o intolleranze a farmaci o altre sostanze?

☐ SI

☐ NO

Se sì, quali e che tipo di reazione ha avuto?

Ha mai subito interventi chirurgici?

☐ SI

☐ NO

Se sì, specificare distretto anatomico e anno dell'intervento:

In caso di interventi all'Addome, potrebbe specificare se:

È stato sottoposto ad interventi di ernia della parete addominale o canali inguinali?

☐ SI

☐ NO

È stata impiantata retina?

☐ SI

☐ NO

È stato sottoposto ad interventi al colon?

☐ SI

☐ NO

Per poter sottoporsi all'indagine diagnostica, dall'intervento devono essere trascorsi almeno 8/9 mesi.

È portatore di stomia?

☐ SI

☐ NO

È stato ricanalizzato?

☐ SI

☐ NO

Soffre, ha mai sofferto o è a conoscenza di avere familiarità per neoplasie colon-retto?

☐ SI

☐ NO

Grado di parentela:

Soffre di Diverticolite o Diverticolosi?

☐ SI

☐ NO

Il presente documento è disponibile sul sito web: www.studioecorad.it



Via Guglielmo Marconi 38, 89018 Villa San Giovanni (RC)
☎ 0965.758156 @ info@studioecorad.it 📞 346.0924546

Direttore Sanitario
Dott. Francesco Plastina

Il paziente si sottopone a dialisi?

SI

NO

Soffre di Diabete?

SI

NO

Se sì, monitorare regolarmente la glicemia nei giorni precedenti all'esame. Durante la preparazione, lassativi e dieta potrebbero tendere ad abbassarla ulteriormente.

Sta effettuando un trattamento con farmaci anticoagulanti o antiaggreganti?

SI

NO

È un paziente oncologico?

SI

NO

Se sì, potrebbe indicare il tipo di diagnosi?

A quale terapia si è sottoposto? ☐ Chirurgica ☐ Chemioterapia ☐ Radioterapia

Attualmente è sottoposto a Chemioterapia o Radioterapia?

SI

NO

Da quanto tempo ha terminato ogni terapia? Numero _____ ☐ giorni ☐ mesi ☐ anni

Assume alcool o droghe?

SI

NO

Soffre o ha mai sofferto di: ☐ Claustrofobia ☐ Epilessia ☐ Obesità

SI

NO

SOLO PER DONNE IN ETÀ FERTILE

_____ Dichiarazione di stato di gravidanza certa o presunta

La paziente dichiara di: ☐ NON ESSERE IN STATO DI GRAVIDANZA ☐ ESSERE IN STATO DI GRAVIDANZA²
☐ STARE ALLATTANDO AL SENO ☐ PORTARE DISPOSITIVI INTRAUTERINI
☐ NON ESSERE CERTA DEL PROPRIO STATO DI GRAVIDANZA²

² NECESSITA DI CONSULTO MEDICO

I pazienti che rispondono positivamente ad una o più domande del presente questionario, prima di sottoporsi all'esame, devono richiedere un parere al proprio medico curante e/o allo specialista radiologo.

Desideriamo rammentarle che tutte le informazioni da Lei forniteci verranno trattate in maniera strettamente confidenziale, nel pieno rispetto del D. Lgs. 196/2003 (di seguito "Codice Privacy") e dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 (di seguito "GDPR 2016/679") e nelle modalità indicate nella nostra Informativa Privacy che le è stata fornita unitamente alla dichiarazione di consenso al trattamento dei dati personali e sensibili.

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver letto attentamente e compreso le domande contenute nel presente questionario e di aver fornito coscienziosamente tutte le informazioni richieste, al fine di poter essere sottoposto all'esame diagnostico.

DATA _____ / _____ / _____ ORA _____

FIRMA DEL PAZIENTE O DEL RAPPRESENTANTE LEGALE

Il presente documento è disponibile sul sito web: www.studioecorad.it