

Questionario di sicurezza TAC

Avete già eseguito una TAC ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Ha già avuto un'iniezione di contrasto ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Soffrite di allergie ? Se si, quali :	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Qual è il tuo peso ? Kg		
Soffrite di una malattia renale o d'insufficienza renale ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Soffrite di diabete ? Se si, quali medicinali prendete ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Soffrite di una patologia tiroidea ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Soffrite di glaucoma (alta pressione oculare) ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Quali trattamenti prende :		
Anticoagulanti/antiaggreganti <input type="checkbox"/>	Contro l'ipertiroidismo <input type="checkbox"/>	Altro <input type="checkbox"/>

PER LE DONNE :

 Siete incinta o pensate di esserlo ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
State allattando ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

Signore Signora Data di nascita :

Cognome : Nome :

I referti medici e le immagini scattate nel nostro centro vengono inviati al medico che prescrive l'esame e agli altri professionisti della salute menzionati nel foglio di prescrizione. Spesso medici specialisti, ospedali, **CHUV o HUG (ospedali universitari di Ginevra)** ci domandano i risultati degli esami e delle immagini effettuate nel nostro centro.

Con la Sua firma, Lei :

- accetta che i referti medici e le immagini siano trasmesse ai medici che la stanno curando o che la cureranno, nel rispetto del principio di proporzionalità;
- accetta che il centro **Imagerie La Chaux-de-Fonds SA** richieda vecchi referti o immagini necessarie per stabilire la diagnosi in relazione con gli esami effettuati da noi, nel rispetto del principio di proporzionalità.

Data :

Firma :