DATI DEL PAZIENTE DA COMPILARE DAL MEDICO PRESCRIVENTE L'INDAGINE

Cognome:_____	Nome:_____
Data e Luogo di Nascita:_____	Peso (Kg):_____
Residenza:_____	Recapito Telefonico: _____
Indagine Richiesta:_____	Quesito diagnostico:_____

Creatinina: _____ **eGFR:** _____ **Data dell'esame:** _____

SOMMINISTRAZIONE DEL MEZZO DI CONTRASTO

Nome commerciale: _____

Principio attivo: _____

Concentrazione: _____

Volume/dose: _____

Lotto: _____

Data e ora: _____

Eventuali reazioni:

☐ NESSUNA

☐ PRESENTE

Descrizione:

_____

_____

Firma del paziente _____ **Data:** ____ / ____ / _____

Firma del medico radiologo _____ **Data:** ____ / ____ / _____

Firma dell'operatore _____ **Data:** ____ / ____ / ____