



ACCERTAMENTI PRELIMINARI PER L'ESECUZIONE DELLA R.N.M.

QUESTIONARIO ANAMNESTICO

Data di compilazione ___ / ___ / _____

NOME _____

COGNOME _____

DATA DI NASCITA _____

ETICHETTA

ES

HR

AV

N.B. COMPILARE UNICAMENTE LA PARTE RELATIVA AL DISTRETTO CORPOREO DA INDAGARE

ARTO SUP. DX SIN SPALLA GOMITO POLSO MANO

HA SUBITO UN TRAUMA? SI NO DATA _____

DA QUANTO TEMPO ACCUSA IL DOLORE? gg _____ mesi _____ anni _____

HA SUBITO INTERVENTI CHIRURGICI NELLA PARTE IN ESAME?

SE LA RISPOSTA E' AFFERMATIVA, INDICHI LA DATA _____

E IL TIPO D'INTERVENTO _____

DESCRIVA IL DOLORE E LA POSIZIONE _____

ARTO INF. DX SIN ANCA GINOCCHIO CAVIGLIA PIEDE BACINO

HA SUBITO UN TRAUMA? SI NO DATA _____

DA QUANTO TEMPO ACCUSA IL DOLORE? gg _____ mesi _____ anni _____

HA SUBITO INTERVENTI CHIRURGICI NELLA PARTE IN ESAME? SI NO

SE LA RISPOSTA E' AFFERMATIVA, INDICHI LA DATA _____

E IL TIPO D'INTERVENTO _____

DESCRIVA IL DOLORE E LA POSIZIONE _____

COLONNA CERVICALE **COLONNA DORSALE** **COLONNA LOMBO-SACRALE**

HA SUBITO UN TRAUMA? SI NO DATA _____

DA QUANTO TEMPO ACCUSA IL DOLORE? gg _____ mesi _____ anni _____

HA SUBITO INTERVENTI CHIRURGICI NELLA PARTE IN ESAME? SI NO

SE LA RISPOSTA E' AFFERMATIVA, INDICHI LA DATA _____

E IL TIPO D'INTERVENTO _____

DESCRIVA IL DOLORE E LA POSIZIONE _____

ENCEFALO

HA SUBITO UN TRAUMA? SI NO DATA _____

DA QUANTO TEMPO ACCUSA IL DOLORE? gg _____ mesi _____ anni _____

HA SUBITO INTERVENTI CHIRURGICI NELLA PARTE IN ESAME?

SE LA RISPOSTA E' AFFERMATIVA, INDICHI LA DATA _____

E IL TIPO D'INTERVENTO _____

DESCRIVA IL DOLORE E LA POSIZIONE _____



ACCERTAMENTI PRELIMINARI PER L'ESECUZIONE DELLA R.N.M.

NOME _____

COGNOME _____

DATA DI NASCITA _____

HA EFFETTUATO TERAPIE FARMACOLOGICHE? SI NO

QUALI? _____

CON BENEFICIO? SI NO

HA EFFETTUATO TERAPIE FISICHE? SI NO

QUALI? _____

CON BENEFICIO? SI NO

E' AFFETTO DA UNA PATOLOGIA ONCOLOGICA O SI SOSPETTA ESSERLO? SI NO

SE LA RISPOSTA E' AFFERMATIVA INDICHI IL TIPO DI PATOLOGIA _____

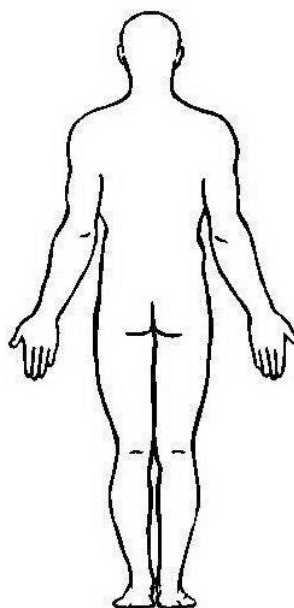
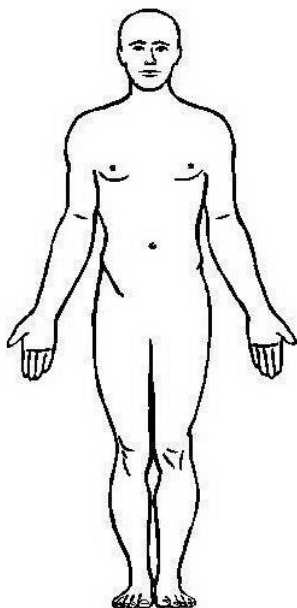
HA EFFETTUATO TERAPIE ONCOLOGICHE? SI NO

SE LA RISPOSTA E' AFFERMATIVA LE INDICHI SPECIFICANDO LE DATE _____

HA CON SE, DA DARE IN VISIONE DEI PRECEDENTI? SI NO

SPECIFICARE QUALI _____

INDICARE LA LOCALIZZAZIONE DEL DOLORE



FIRMA DEL PAZIENTE
