

ANAMNESI ESAME RMN/TAC
Encefalo - Massiccio facciale - Orbite - Rocche petrose - Ipofisi

COGNOME E NOME: _____

MOTIVO DELL'ESAME _____

PREGRESSI TRAUMI SI NO

DIABETE

IPERTENSIONE ARTERIOSA

CEFALEA

INTERVENTI PRECEDENTI SI NO

DATA: ___/___/___

QUALI?

ESAMI PRECEDENTI SI NO

TAC

RM

ALTRO _____

*Per fare una efficace diagnosi è "INDISPENSABILE" possedere informazioni cliniche sufficienti, si prega di portare tutti gli esami **precedenti** riguardanti l'esame da effettuare.*