



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA
SANT'ANDREA

ESAMI di RISONANZA MAGNETICA

QUESTIONARIO ANAMNESTICO

QUESTIONARIO ANAMNESTICO

La presente scheda è parte integrante della documentazione clinica del Paziente e deve essere consegnata, **debitamente compilata al Medico Responsabile dell'indagine RM (Risonanza Magnetica)**.

Nome e Cognome del Paziente _____

età ____anni (compiuti) peso (Kg) _____

Nome e Cognome **Medico Prescrivente (M.P)** _____

_____ firma **M.P.**

Esame Proposto: _____

Quesito Diagnostico (campo obbligatorio)

--