

Appuntamento del

Al primo appuntamento portare le immagini precedenti (CD)

Richiesta esame radiologico

Sede: ☐ BELLINZONA ☐ LOCARNO

Cognome

Nome

Data di nascita

Telefono

Indirizzo

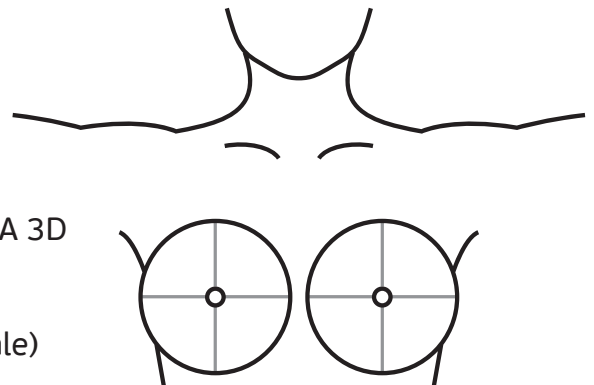
☐ MAMMOGRAFIA +/- ECOGRAFIA

☐ ECOGRAFIA **SENZA** MAMMOGRAFIA

☐ ECOGRAFIA POST SCREENING ☐ ECOGRAFIA 3D

☐ ACCERTAMENTO POST SCREENING
(incidenze complementari ed ecografia bilaterale)

☐ BIOPSIA MAMMARIA



ANAMNESI FAMILIARE ONCOLOGICA

SINTOMATOLOGIA ATTUALE

PREGRESSO CARCINOMA MAMMARIO

STATO ORMONALE

Ultimo ciclo mestruale

- ☐ Pre menopausale
- ☐ Peri menopausale
- ☐ Menopausale **non** sostituita
- ☐ Menopausa

Medico richiedente (timbro)

Data

Copia