

All'attenzione di **DIREZIONE SANITARIA** e **DIPARTIMENTO AREA RADIOLOGICA**

Il medico

Cognome: Nome:

Struttura:

richiede per il paziente:

Cognome: Nome:

nascita / /

Nosologico:

Spazio per etichetta

la copia delle immagini per:

- consulenza esterna durante un ricovero presso l'Ente
 trasferimento urgente

presso: (indicare il presidio esterno a cui si intende inviare le immagini)

dei seguenti esami radiologici:

| Tipo di esame | Data di esecuzione |
|--|----------------------|
| <input type="checkbox"/> Rad. tradizionale | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> R.M.N. | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> T.C.A. | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Ecografia | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> PET | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Scintigrafia | <input type="text"/> |

La consegna delle copie è prevista solo presso i locali dell'Archivio Cartelle e al personale sanitario che ha in carico il paziente. In caso di urgenza la Direzione Sanitaria può autorizzare la consegna in altre modalità concordate con l'Archivio Cartelle e il Reparto.

Il medico può richiedere la produzione tramite email dell'Ente all'indirizzo richiestaCD@galliera.it indicando nell'oggetto "Richiesta CD" e nel corpo il nosologico, il motivo di trasferimento o consulenza e l'elenco degli esami richiesti oppure allegando il presente modulo compilato digitalmente o tramite scansione della copia cartacea.

Ad uso dell'Archivio Cartelle

DATA _____

Firma al ritiro _____