



**Sintesi della storia clinica per esame TC oppure RM
di ENCEFALO (Massiccio Facciale - Orbite - Rocche Petrose - Ipofisi)**

Cognome e Nome _____

Motivo dell'esame _____

Pregressi traumi alla Testa o al Collo? SI NO

Ha una o più delle seguenti patologie?

- Diabete
- Ipertensione Arteriosa
- Cefalea
- Sofferenze Neonatali

Interventi precedenti alla Testa: NO SI, in data ____ / ____ / ____

Quali? _____

Ha eseguito TC o RM precedenti alla Testa? NO SI

Se SI, quali? _____

