TAC:

Sig. …… Età ……..

- FUMATORE: NO ☐ SI ☐

Quanto: 10-20 ☐ OLTRE 20 ☐ HA SMESSO ☐

- HA LAVORATO A CONTATTO CON POLVERI? NO ☐ SI ☐

- PRECEDENTI? Pleurici NO ☐ SI ☐ Parenchimali NO ☐ SI ☐

- INTERVENTI AL TORACE? NO ☐ SI ☐

- ALTRI INTERVENTI? NO ☐ SI ☐

- PRECEDENTI RX TORACE O TAC? NO ☐ SI ☐

OSSERVAZIONI:

……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……