

RICHIESTA PER SCINTIGRAFIA **POLMONARE PERFUSIONALE**

Si prega di compilare in stampatello, con il Medico Curante, il presente modulo che dovrà essere riconsegnato al centro di Medicina Nucleare (lun-ven: ore 9.00-13.00) o inviato via fax o via mail.

DATI ANAGRAFICI

COGNOME		NOME	
LUOGO DI NASCITA		DATA DI NASCITA	
INDIRIZZO DI RESIDENZA		COMUNE DI RESIDENZA	
TELEFONO PAZIENTE		INDIRIZZO POSTA ELETTRONICA	
MEDICO RICHIEDENTE		TELEFONO MEDICO	
PESO KG	ALTEZZA CM	PZ BARELLATO: SI NO	AUTOSUFFICIENTE: SI NO

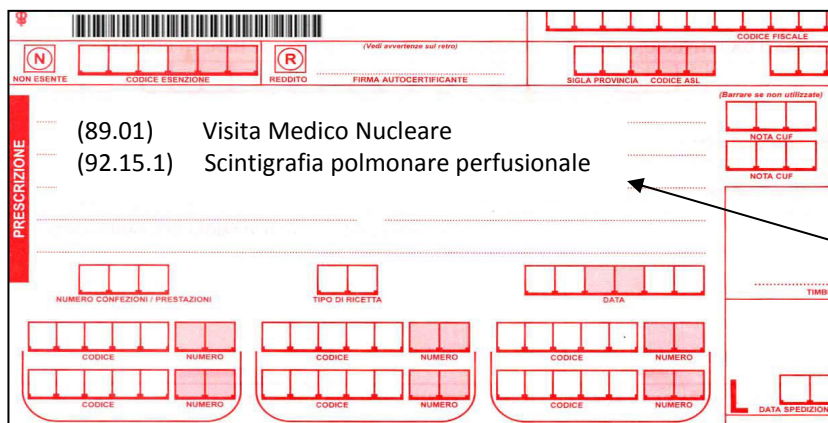
DATI CLINICI

- Quesito clinico: Sospetta embolia polmonare ()
Follow-up embolia polmonare ()
Valutazione parenchima polmonare in BPCO ()
Valutazione perfusione pre-chirurgica ()
- Terapie effettuate: Medica () Chirurgica ()
- Analisi di laboratorio: D-DIMERO..... (v.r.); Fibrinogeno (v.r.); LDH.....(v.r.....)
- Trombosi venosa arti inferiori: SI NO

Allegare copie di tutti gli esami di diagnostica effettuati (IN PARTICOLARE RX TORACE RECENTE ED ECOCOLOR-DOPPLER VENOSO ARTI INFERIORI)

Data.....

Il Medico Richiedente (timbro e firma)



NON ESENTE CODICE ESENZIONE REDDITO FIRMA AUTOCERTIFICANTE SIGLA PROVINCIA CODICE ASL (Barre se non utilizzate)

(89.01) Visita Medico Nucleare
(92.15.1) Scintigrafia polmonare perfusione

NUMERO CONFEZIONI / PRESTAZIONI TIPO DI RICETTA DATA

CODICE NUMERO CODICE NUMERO CODICE NUMERO

CODICE NUMERO CODICE NUMERO CODICE NUMERO

DATA SPEDIZIONE

- Data ed ora dell'esame verranno comunicati telefonicamente.
- Portare 1 impegnativa del Medico Curante o dello Specialista compilata come da schema allegato pena l'annullamento dell'esame.
- Il Paziente è tenuto a leggere l'informativa relativa all'esame allegata al presente form.

Spazio riservato al reparto

Esame appropriato : SI / NO Prenotazione effettuata per il giorno.....ore.....

Il Medico Nucleare