**MODULO DI PRENOTAZIONE SCINTIGRAFIA CEREBRALE DI PERFUSIONE**

Allo scopo di valutare la corretta indicazione alla Scintigrafia cerebrale di perfusione si prega di compilare **in stampatello** personalmente o con il Medico curante, il seguente questionario. Il questionario, compilato in tutte le sue parti pena l’annullamento dell’esame, dovrà essere riconsegnato **personalmente** presso la Segreteria della UOC di Medicina Nucleare o inviato tramite **fax (080.3055328) o email (mednucleare@miulli.it).** **La data, l’ora e le istruzioni per l’esecuzione dell’esame verranno comunicate solo dopo il ricevimento del questionario compilato**.

NOME…………………………………………….COGNOME……………………………………………………………………………………..

CODICE FISCALE…………………………………………………………codice esenzione………………………………………………….

RESIDENTE A……………………………………… VIA, N° CIVICO, CAP…………………………………………………………………….

TELEFONO……………………………………....................CELLULARE………………………. FAX………………………………………

MEDICO RICHIEDENTE L’ESAME ………………………………TELEFONO ……………………...FIRMA…………………………..

**QUESITO CLINICO**:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**TC/RM** (data): ……………………………………………..................................................................................................

**SCINTIGRAFIA CEREBRALE** (data)**:** ……………………………………………………………………………………………………………

**TEST NEUROPSICOLOGICI** (data)**:** …………………………………………………………………………………………………………….

**TERAPIA:**

**Allegare:**

1. ***Impegnativa:***

**89.03 (cod. reg. 49011) ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE COMPLESSIVE**

**92.11.5 (cod.reg. 50445) TOMOSCINTIGRAFIA CEREBRALE (SPET)**

1. ***Fotocopie dei referti di tutte le indagini diagnostiche relative alla patologia in esame e lettera di dimissione***: visite, relazioni cliniche, lettere dimissione, test neuropsicologici, RM, TC, PET/CT cerebrale, precedente scintigrafia cerebrale di perfusione, scintigrafia cerebrale DaTSCAN
2. ***Al momento di eseguire l’esame verrà richiesto di firmare il “consenso informato” e la dichiarazione di non essere in gravidanza.***

 Firma……………………………………..

***FAC-SIMILE IMPEGNATIVA PER SCINTIGRAFIA CEREBRALE DI PERFUSIONE***

