**MODULO DI PRENOTAZIONE SCINTIGRAFIA RENALE SEQUENZIALE CON PROVE FARMACOLOGICHE (TEST con ACE-inibitore)**

Allo scopo di valutare la corretta indicazione alla Scintigrafia Renale Sequenziale con prove farmacologiche 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 del Servizio di Medicina Nucleare o inviato tramite **fax: 0803055328 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………………………….

**STORIA CLINICA RECENTE E MOTIVI DELL’ESAME:**

**QUESITO CLINICO**:

**CREATININA**: ……………….. (data…….) **AC.URICO** : ……………….. (data…….)

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

**INTERVENTI CHIRURGICI:…………………………………………………………………**

**TERAPIA:**

**Allegare:**

1. ***Impegnativa:***

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

**92.03.3 (cod.reg. 50146) SCINTIGRAFIA SEQUENZIALE RENALE CON PROVE FARMACOLOGICHE**

1. ***Fotocopie dei referti di tutte le indagini diagnostiche relative alla patologia in esame e lettera di dimissione***: ecografia renale, uroTC, scintigrafia renale, esami del sangue, relazioni cliniche, lettere di dimissione
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 CORRETTA***

