**MODULO PRENOTAZIONE PER LA SCINTIGRAFIA OSSEA POLIFASICA**

Allo scopo di valutare la corretta indicazione alla Scintigrafia Ossea Polifasica 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 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…………………………..

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

**QUESITO CLINICO**:

SINTOMI: ………………………………………............................................................................................................

INTERVENTO CHIRURGICO (data): ………………………………………………………………………………………………………….

TRAUMI PREGRESSI: ………………………………………………………………………………………………………………………………

LEUCOCITI: VES: PCR: PROCALCITONINA:

EMOCOLTURE: ………………………………………………………………………………………………………………………………………

TERAPIA:

**Allegare:**

1. ***Impegnativa:***

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

**92.14.2 (cod.reg. 50505) SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE SEGMENTARIA POLIFASICA**

**92.14.1 (cod.reg. 50493) SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE SEGMENTARIA**

1. ***Fotocopie dei referti di tutte le indagini diagnostiche relative alla patologia in esame e lettera di dimissione***: visite, relazioni cliniche, lettere dimissione, TC, RM, Rx, PET/CT, scintigrafie.
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 per la scintigrafia ossea polifasica***

