**MODULO DI PRENOTAZIONE STUDIO DEL TRANSITO GASTRO-ESOFAGEO CON O SENZA STUDIO DEL REFLUSSO GASTRO-ESOFAGEO O DUODENO-GASTRICO**

Allo scopo di valutare la corretta indicazione allo Studio del transito esofageo 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…………………………..

**QUESITO CLINICO:.…………………………………………………………………………………………………………………**

Disfagia solidi si □ no □ Disfagia liquidi si □ no □ Stipsi si □ no □ Fumo: si □ no □

Gastroscopia: Si □ No □ Ph-metria: Si □ No □

TC/RM/RX (data): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

TERAPIA: …..........................................................................................................................................................

**Allegare:**

* ***Impegnativa:***

**(cod.reg. 50193) STUDIO DEL TRANSITO ESOFAGO-GASTRO-DUODENALE**

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

**92.04.3 (cod. reg.50205) STUDIO DEL REFLUSSO GASTRO-ESOFAGEO O DUODENO-GASTRICO**

* ***Fotocopie dei referti di tutte le indagini diagnostiche relative alla patologia in esame e lettera di dimissione***: visite, relazioni cliniche, lettere dimissione, RX prime via digerenti; pH-metria esofagea; manometria esofagea; EGDS.
* ***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**

