**MODULO DI PRENOTAZIONE STUDIO DELLO SVUOTAMENTO GASTRICO**

Allo scopo di valutare la corretta indicazione allo Svuotamento Gastrico 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: 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**:.…………………………………………………**DIAGNOSI** (data)

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

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

**Gastroscopia**: **Si □ No □**(data)……………………………………………………………………………………………………………

**Colonscopia:   Si □ No □** (data) …………………………………………………………………………………………………………...

Interventi chirurgici: ……………………………………………………………………………………………………………………………

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

**Allegare:**

1. ***Impegnativa:***

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

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

1. ***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.
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**

