**MODULO DI PRENOTAZIONE SCINTIGRAFIA TIROIDEA**

Allo scopo di valutare la corretta indicazione alla Scintigrafia Tiroidea 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…………………………..

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

**QUESITO CLINICO**……………………………………………………………………………………………………………………………………

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

**ESAMI DEL SANGUE (data:):** TSH: FT3: FT4: AbTPO:

**ECOGRAFIA** **(data):** **FNAC (data):**

**TERAPIA (relativa alla patologia in esame):**  (SOSPESI DA:)

**RECENTI ESAMI RADIOLOGICI CON m.d.C. IODATO: Si □ No □**

**RECENTE ASSUNZIONE DI AMIODARONE/CORDARONE: Si □ No □**

**Allegare:**

1. ***Impegnativa***

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

**92.01.3 (cod.reg. 50037) SCINTIGRAFIA TIROIDEA**

1. ***Fotocopie dei referti di tutte le indagini diagnostiche relative alla patologia in esame e lettera di dimissione***: visite, relazioni cliniche, lettere dimissione, ecografia della tiroide, esami del sangue, FNAC.
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***

