**MODULO DI PRENOTAZIONE SCINTIGRAFIA DELLE PARATIROIDI**

Allo scopo di valutare la corretta indicazione alla Scintigrafia delle paratiroidi 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**](mailto: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**: ………………………………………………………………………………………………………

Astenia: Si □ No □ Dolori articolari/muscolari/ossei: Si □ No □ Nefrolitiasi: Si □ No □

Osteopenia/osteoporosi: Si □ No □ Tireopatia nota: Si □ No □ Familiarità per endocrinopatie: Si □ No □

Pregressa chirurgia/radioterapia cervicale: Si □ No □

CALCEMIA: ……… PTH: ………… VITAMINA D: …….. CALCIO IONIZZATO: ………. CALCIURIA: ………

FOSFATURIA…….. CREATININA: ………. ALTRO:………

ECOGRAFIA DEL COLLO: Si □ No …………………………………………………………………………………………………….

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

RECENTE ASSUNZIONE DI AMIODARONE/CORDARONE: Si □ No □

TERAPIA:

**Allegare:**

1. ***Impegnativa:***

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

**92.13 (cod.reg. 50481) SCINTIGRAFIA DELLE PARATIROIDI**

**92.01.3 (cod.reg. 50121) 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, ecografie, scintigrafia, TC, esami sangue.
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***

