

MODULO DI PRENOTAZIONE SCINTIGRAFIA DELLE GHIANDOLE SALIVARI

Allo scopo di valutare la corretta indicazione alla Scintigrafia delle Ghiandole Salivari 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'ESAMETELEFONOFIRMA.....

STORIA CLINICA RECENTE E MOTIVI DELL'ESAME:

QUESITO CLINICO:

SINTOMI:

CALCOLI: Si ☐ No ☐

TC/RM/ RX (data):

INTERVENTI CHIRURGICI:

TERAPIA:

Allegare:

1. **Impegnativa:**

89.7B.3 (cod.reg. 10178) PRIMA VISITA MEDICINA NUCLEARE

92.04.1 (cod.reg. 50181) SCINTIGRAFIA SEQUENZIALE DELLE GHIANDOLE SALIVARI CON STUDIO FUNZIONALE

2. **Fotocopie dei referti di tutte le indagini diagnostiche relative alla patologia in esame e lettera di dimissione:** visite, relazioni cliniche, lettere dimissione, ecografie, precedenti scintigrafie, TC.

3. **Al momento di eseguire l'esame verrà richiesto di firmare il "consenso informato" e la dichiarazione di non essere in gravidanza.**

Firma.....