

MODULO DI PRENOTAZIONE PER LA SCINTIGRAFIA RENALE STATICA (CON DMSA)

Allo scopo di valutare la corretta indicazione alla Scintigrafia Renale Statica 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'ESAMETELEFONO FIRMA.....

STORIA CLINICA RECENTE E MOTIVI DELL'ESAME:
.....
.....

TC/RM/ECO (data):.....

INTERVENTI CHIRURGICI:.....

INFEZIONI VIE URINARIE: Si ☐ No ☐ (data.....) IPERTENSIONE: Si ☐ No ☐

TERAPIA:

Allegare:

1. **Impegnativa:**
89.7B.3 (cod.reg. 10178) PRIMA VISITA MEDICINA NUCLEARE
92.03.1 (cod.reg. 50121) SCINTIGRAFIA RENALE STATICA
2. **Fotocopie dei referti di tutte le indagini diagnostiche relative alla patologia in esame e lettera di dimissione:** ecografia renale, TC e precedente scintigrafia renale, visite, relazioni cliniche, lettere dimissione, esami del sangue
3. **Al momento di eseguire l'esame verrà richiesto di firmare il "consenso informato" e la dichiarazione di non essere in gravidanza.**

Firma