

MODULO PRENOTAZIONE PER LA SCINTIGRAFIA OSSEA TRIFASICA

Allo scopo di valutare la corretta indicazione alla Scintigrafia Ossea Polifasica 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:

INTERVENTO CHIRURGICO (data):

TRAUMI PREGRESSI:

LEUCOCITI: VES: PCR: PROCALCITONINA:

EMOCOLTURE:

TERAPIA:

Allegare:

1. **Impegnativa:**
89.7B.3 (cod.reg. 10178) PRIMA VISITA MEDICINA NUCLEARE
92.18.7 (cod.reg. 50255) SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE O SEGMENTARIA TRIFASICA
2. **Fotocopie dei referti di tutte le indagini diagnostiche relative alla patologia in esame e lettera di dimissione:** visite, relazioni cliniche, lettere dimissione, TC, RM, Rx, PET/CT, scintigrafie.
3. ***Al momento di eseguire l'esame verrà richiesto di firmare il "consenso informato" e la dichiarazione di non essere in gravidanza.***

FIRMA.....