

MODULO DI PRENOTAZIONE LINFOSCINTIGRAFIA ARTI SUPERIORI E/O INFERIORI

Allo scopo di valutare la corretta indicazione alla Linfoscintigrafia degli arti superiori e/o inferiori 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 **via fax: 0803055328** o **via email: mednuceare@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.....

MEDICO RICHIEDENTE L'ESAMETELEFONOFIRMA.....

STORIA CLINICA RECENTE E MOTIVI DELL'ESAME:

QUESITO CLINICO:.....

LINFEDEMA (sede e data insorgenza)

ECODOPPLER (data):

INTERVENTI CHIRURGICI:

TERAPIA:

Allegare:

1. **Impegnativa:**

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

92.16.1 (cod. reg. 50577) SCINTIGRAFIA LINFATICA E LINFOGHIANDOLARE SEGMENTARIA

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

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

Firma.....