

MODULO DI PRENOTAZIONE STUDIO DELLE ENTERORRAGIE

Allo scopo di valutare la corretta indicazione allo studio delle enterorragie 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. 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.....

QUESITO CLINICO: _____

TC/RM/RX (data): _____

Gastrosopia: Si ☐ No ☐

Colonscopia: Si ☐ No ☐

Emoglobina:

INTERVENTI CHIRURGICI: _____

TERAPIA:

Allegare:

1. **Impegnativa:**
89.7B.3 (cod. reg. 10178) PRIMA VISITA MEDICINA NUCLEARE
92.04.4 (cod.reg. 50217) VALUTAZIONE DELLE GASTROENTERORRAGIE
2. **Fotocopie dei referti di tutte le indagini diagnostiche relative alla patologia in esame e lettera di dimissione:** visite, relazioni cliniche, lettere dimissione, TC, scintigrafie, etc.
3. ***Al momento di eseguire l'esame verrà richiesto di firmare il "consenso informato" e la dichiarazione di non essere in gravidanza.***

Firma