

**MODULO DI PRENOTAZIONE SCINTIGRAFIA PER LA RICERCA MUCOSA GASTRICA ECTOPICA
(Diverticolo di Meckel)**

Allo scopo di valutare la corretta indicazione alla Scintigrafia per Ricerca di Mucosa Gastrica Ectopica 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.....

STORIA CLINICA RECENTE E MOTIVI DELL'ESAME:

PATOLOGIA DI BASE:.....

SINTOMATOLOGIA:

TC/RM/RX (data):

Gastroscopia: Si ☐ No ☐

Colonscopia: Si ☐ No ☐

INTERVENTI CHIRURGICI:

TERAPIA:

Allegare:

1. Impegnativa:

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

92.04.7 (cod.reg. 50063) RICERCA DI MUCOSA GASTRICA ECTOPICA

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.....