

MODULO DI PRENOTAZIONE TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA DI PERFUSIONE A RIPOSO E DOPO STIMOLO FISICO E/O FARMACOLOGICO

Allo scopo di valutare la corretta indicazione alla Scintigrafia Miocardica di Perfusione a riposo e dopo stimolo fisico e/o farmacologico 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:.....**DIAGNOSI** (data)

QUESITO CLINICO: ☐ CAD ☐ VITALITA' ☐ EFFICACIA TERAPIA medica e/o rivascularizzazione

☐ Valutazione inserimento lista trapianto fegato e/o rene ☐ Valutazione rischio pre-chirurgia maggiore

Ha avuto episodi di dolore al petto? Si ☐ No ☐ Ha avuto un infarto miocardico? Si ☐ No ☐

PCTA (angioplastica): Si ☐ No ☐ **CABG (BY-PASS):** Si ☐ No ☐ **TIA/Ictus cerebri:** Si ☐ No ☐

Stenosi carotidee: Si ☐ No ☐ **Glaucoma:** Si ☐ No ☐ **Asma/BCPO:** Si ☐ No ☐

Diabete: Si ☐ No ☐ Insulina: Si ☐ No ☐ Antibiiabetici orali: Si ☐ No ☐

Defibrillatore: Si ☐ No ☐ **Pacemaker:** Si ☐ No ☐

PESO (KG) **ALTEZZA (CM)** **Paziente Deambulante: Si ☐ No ☐**

Terapia:

Stress consigliato: ☐ ergometrico ☐ farmacologico

Allegare:

Impegnativa 1:

89.7B.3 (cod.reg. 10178) PRIMA VISITA MEDICINA NUCLEARE
92.05.A (cod. reg. 50099) ANGIOCARDIOSCINTIGRAFIA ALL'EQUILIBRIO a riposo
92.05.E (cod. reg. 50116) TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA (G-SPET) DI PERFUSIONE A RIPOSO
92.05.F (cod. reg. 50135) TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA (G-SPET) DI PERFUSIONE DA
STIMOLO FISICO O FARMACOLOGICO

Impegnativa 2:

cod. 89.41 (cod. reg. 49531) TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO AL CICLOERGOMETRO

1. **Fotocopie dei referti di tutte le indagini diagnostiche relative alla patologia in esame e lettera di dimissione:** visite, relazioni cliniche, lettere dimissione, test da sforzo, ecocardiogramma, elettrocardiogramma, scintigrafie miocardiche
2. **Al momento di eseguire l'esame verrà richiesto di firmare il "consenso informato" e la dichiarazione di non essere in gravidanza.**

Firma