

MODULO DI PRENOTAZIONE SCINTIGRAFIA OSSEA PER AMILOIDOSI

Allo scopo di valutare la corretta indicazione alla Scintigrafia Ossea Whole Body 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: 0803055328** 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):

ECOCARDIOGRAMMA (data ultimo ciclo):

INTERVENTI ORTOPEDICI

TRAUMI PREGRESSI:

INTERVENTI PREGRESSI in particolare di tipo CARDIOLOGICO:

TERAPIA:

Allegare:

1. **Impegnativa:**
89.7B.3 (cod.reg. 10178) PRIMA VISITA MEDICINA NUCLEARE
92.18.2 (cod.reg 50601) SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE GLOBALE CORPOREA
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