

MODULO DI PRENOTAZIONE SCINTIGRAFIA POLMONARE DI PERFUSIONE

Allo scopo di valutare la corretta indicazione alla Scintigrafia Polmonare di perfusione 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'ESAMETELEFONO FIRMA.....

STORIA CLINICA RECENTE E MOTIVI DELL'ESAME:

QUESITO CLINICO:

Dispnea: Si ☐ No ☐ Dolore toracico: Si ☐ No ☐ Tosse: Si ☐ No ☐ Febbre: Si ☐ No ☐

Palpitazioni: Si ☐ No ☐ Ipotensione: Si ☐ No ☐ Trombosi arti inferiori: Si ☐ No ☐

Pregressa embolia polmonare: Si ☐ No ☐ D-Dimero..... DATA:

TC/RX/RM..... SCINTIGRAFIA POLMONARE.....

EPARINA.....PREGRESSI INTERVENTI CHIRURGICI.....

TERAPIA (Segnalare eventuali reazioni allergiche, note, a farmaci):

Allegare:

1. **Impegnativa:**
89.7B.3 (cod.reg. 10178) PRIMA VISITA MEDICINA NUCLEARE
92.15.1 (cod.reg. 50517) SCINTIGRAFIA POLMONARE PERFUSIONALE CON EVENTUALE STUDIO QUANTITATIVO DIFFERENZIALE DELLA FUNZIONE POLMONARE
2. **Fotocopie dei referti di tutte le indagini diagnostiche relative alla patologia in esame e lettera di dimissione:** ECG, ecocardiografia, scintigrafie polmonari, angioTC, Rx, Esami del sangue
3. **Al momento di eseguire l'esame verrà richiesto di firmare il "consenso informato" e la dichiarazione di non essere in gravidanza.**

Firma.....