

MODULO DI PRENOTAZIONE SCINTIGRAFIA RENALE SEQUENZIALE CON O SENZA STIMOLO DIURETICO

Allo scopo di valutare la corretta indicazione alla Scintigrafia Renale Sequenziale 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:

CREATININA: (data.....) AC.URICO : (data.....)

Diuretico (LASIX): Si ☐ No ☐

TC/RM/ECO (data):.....

INTERVENTI CHIRURGICI:.....

TERAPIA:

Allegare:

1. **Impegnativa:**
89.7B.3 (cod.reg. 10178) PRIMA VISITA MEDICINA NUCLEARE
92.03.3 (cod.reg. 50145) SCINTIGRAFIA SEQUENZIALE RENALE
2. **Fotocopie dei referti di tutte le indagini diagnostiche relative alla patologia in esame e lettera di dimissione:** ecografia renale, uroTC, scintigrafia renale, esami del sangue, relazioni cliniche, lettere di dimissione
3. ***Al momento di eseguire l'esame verrà richiesto di firmare il "consenso informato" e la dichiarazione di non essere in gravidanza.***

Firma