

**UOC MEDICINA NUCLEARE**  
**Scheda per prenotazione  
scintigrafia con leucociti marcati**

MOD10\_IOnuclT001\_ORG

Pag 1 di 2

Rev 01  
Del  
31.3.2019

**COGNOME e NOME** .....

Nato il ...../...../..... a .....

Residente a ..... Via ..... TEL .....

Provenienza  Ricoverato/Reparto .....  Esterno

**MEDICO REFERENTE** ..... TEL .....

**QUESITO CLINICO e DIAGNOSI** (*accertata o presunta*)

.....

**DATI ANAMNESTICI**

.....

Claustrofobia SI  NO  Barellato SI  NO

Autosufficiente SI  NO  Stato di gravidanza SI  NO

**TERAPIA IN ATTO** .....

**ALLEGARE COPIA DI ESAMI DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI EFFETTUATI (TC, RMN, etc)**

SCINTIGRAFIA OSSEA..... DATA ...../...../..... RISULTATO .....

TIPO ..... DATA ...../...../..... RISULTATO .....

TIPO ..... DATA ...../...../..... RISULTATO .....

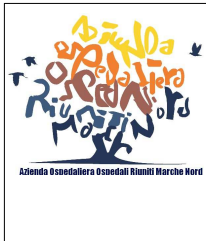
INTERVENTI CHIRURGICI SI  NO

TIPO ..... DATA ...../...../.....

**DATA** .....

**MEDICO RICHIEDENTE**

Data e ora dell'appuntamento verranno comunicati telefonicamente e/o via fax



**UOC MEDICINA NUCLEARE**

**Scheda per prenotazione  
scintigrafia con leucociti marcati**

MOD10\_IOnuclT001\_ORG

Pag 2 di 2

Rev 01  
Del  
31.3.2019