

	UOC MEDICINA NUCLEARE RICHIESTA PER SCINTIGRAFIA	MOD03_IOnucIT001_ORG	Pag.1 di 1
			Rev 00
			Del 26/03/2019

OSSEA TOTAL BODY RENALE MAG 3
 TRIFASICA DMSA

DATSCAN TIROIDEA PARATIROIDE POLMONARE PERFUSIONALE

ANGIOCARDIOSCINTIGRAFIA DPD WB 131I ALTRO

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*)

DATA

MEDICO RICHIEDENTE

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