



**RICHIESTA SCINTIGRAFIA  
LINFONODO SENTINELLA**

MOD09\_IOnuclT001\_ORG

Pag 1 di 1

Del  
31.03.2019

**SCINTIGRAFIA PER RICERCA DI LINFONODO SENTINELLA**

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

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

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

Provenienza  Ricoverato/Reparto .....  Esterno

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

LA PAZIENTE SARA' SOTTOPOSTA AD INTERVENTO IL GIORNO: ...../...../.....

QUESITO CLINICO E DIAGNOSI (accertata o presunta)

.....  
.....

**DATI ANAMNESTICI**

.....  
.....

Claustrofobia SI  NO  Barellato SI  NO

Autosufficiente SI  NO  Stato di gravidanza SI  NO

- Neoplasia mammaria sx/dx del quadrante.....
- Altro .....
- Eseguita mammografia SI  NO

Il nodulo è:

- Palpabile e indicato con marker cutaneo
- Non palpabile, ma visibile in ecografia
- Non palpabile, non visibile in ecografia ( solo in mammografia)
- Stereotassi prenotata il: ...../...../.....

**DATA** .....

**MEDICO RICHIEDENTE**