

Richiesta di prestazione medico-nucleare

Da inviare alla Segreteria dell'U.O. di Medicina Nucleare medicinanucleare@asuit.tn.it

Per altre prestazioni si rimanda a richiesta specialistica dedicata

Dati Paziente Cognome Nome Residenza Data di nascita Peso (kg) Altezza (cm)		Foglio giallo (pre/post) ☐ Day Hospital ☐ Esterno ☐ Ricoverato ☐ Autosufficiente ☐ Carrozzina ☐ Letto ☐ Accesso venoso difficile? NO ☐ SI ☐
Reparto Inviante Telefono Medico richiedente Telefono		Urgente SI ☐ NO ☐
Quesito (richieste incomplete o con firma illeggibile non verranno evase)		
<u>Sistema endocrino</u> S. tiroide ☐ S. paratiroidi ☐ S. surrenalica midollare ☐ <u>Sistema nervoso</u> SPECT cerebrale di perfusione ☐ <u>Apparato respiratorio</u> S. polmonare perfusoria ☐ S. polmonare ventilatoria ☐	<u>Apparato Digerente</u> S. ghiandole salivari Studio ☐ transito esofageo ☐ Studio svuotamento gastrico ☐ Ricerca mucosa gastrica ectopica ☐ Ricerca angiomi epatici ☐ Valutazione enterorragie ☐ <u>Apparato Uroteliale</u> S. renale corticale ☐ S. renale sequenziale ☐ S. renale sequenziale MAG3 ☐ Cistoscintigrafia ☐	<u>Apparato Scheletrico</u> S. ossea o articolare ☐ S. ossea o articolare trifasica ☐ S. del midollo osseo ☐ <u>Sistema Linfatico</u> Linfoscintigrafia segmentaria ☐ Ricerca linfonodo sentinella ☐ <u>Varie</u> S. con leucociti autologhi marcati ☐ S. per amiloidosi cardiaca ☐

Data _____

Firma del medico _____