

Centro di Medicina Nucleare Calabrese

di Giuseppe Calabrese & C. S.a.s

Via S.Pietro in Lama 3km 73100 Lecce/Part. IVA 01153830755

Tel: 0832.612120 Fax 0832614545

MODULO RICHIESTA TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA (SPECT)

Il presente modulo va compilato in stampatello correttamente in tutte le sue parti per una corretta prenotazione dell'esame. A norma dell'art. 111 D.lgs n. 230, la decisione circa l'appropriatezza e l'esecuzione dell'esame è di esclusiva competenza del Medico Nucleare.

Cognome NomeF M

Data e luogo di nascita.....Peso (Kg)..... Altezza (cm).....

Claustrofobico Si No Barellato Si No Allattamento Si No

Autosufficiente Si No Diabete Si No

Indirizzo Città

Prov CAP Codice Fiscale

Tel Cellulare Fax.....

Provenienza: Esterna Interna Ospedale (Reparto.....)

TIPO di PRESTAZIONE RICHIESTA e dicitura sull'impegnativa del medico curante:

Tomoscintigrafia Miocardica perfusionale a riposo e dopo stimolo + Angiocardioscintigrafia di primo passaggio + Visita Medico-Nucleare

SCINTIGRAFIA RICHIESTA PER: Ischemia inducibile Vitalità

In terapia Senza terapia

ANAMNESI:

INFARTO MIOCARDICO NO SI

CORONAROGRAFIA NO SI, vasi malati IVA DX CX

ANGIOPLASTICA NO SI, sedi.....

BYPASS NO SI, sedi.....

PRECEDENTE SFORZO NO SI, esito: Angor Ischemia Entrambe Nessuna

FUNZIONE VENTRICOLARE Normale Depressa Frazione di eiezione.....%

Sintomi.....

Terapia in corso.....

Medico Proponente _____