

**Centro di Medicina Nucleare Calabrese
di Giuseppe Calabrese & C. Sas**
Via S.Pietro in Lama 3km 73100 Lecce/Part.IVA 01153830755
Tel: 0832.612120 Fax 0832614545

MODULO RICHIESTA SCINTIGRAFIA DELLA TIROIDE

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 NomeData e luogo di nascita.....

Peso (Kg)..... Altezza (cm).....IndirizzoCittà

Prov CAP Codice Fiscale

Tel CellulareFax.....

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

TIPO di PRESTAZIONE RICHIESTA e dicitura su impegnativa medico curante:

SCINTIGRAFIA TIROIDEA + Visita medico nucleare

INDICAZIONI CLINICHE:

Sintomi.....

Interventi chirurgici (sede.....)

Esami ematochimici

Tipo	Data	Risultato
------	------	-----------

Tireoglobulina	_____	_____
----------------	-------	-------

TSH, fT3, fT4	_____	_____
---------------	-------	-------

Medico Proponente _____ Telefono Fax

Informazioni anamnestiche:

Precedente esame Scintigrafico

Precedente ECOgrafia del collo

AL MOMENTO DELL'EFFETTUAZIONE DELL'INDAGINE IL PAZIENTE DOVRA' (qualora possibile) PRESENTARE TUTTA LA DOCUMENTAZIONE CLINICA INERENTE L'ESAME.

- CONTROINDICAZIONI ALL'ESAME:

- gravidanza presunta o accertata

*Da inviare alla segreteria del CENTRO DI MEDICINA NUCLEARE CALABRESE Tel: 0832.612120 Fax 0832614545
Data e ora dell'esame verranno comunicati telefonicamente o via fax*

SPAZIO RISERVATO AL CENTRO DI MEDICINA NUCLEARE CALABRESE

Note.....