

## **MODULO RICHIESTA SCINTIGRAFIA RENALE (MAG3)**

*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 Nome .....Data e luogo di nascita.....

Peso (Kg)..... Altezza (cm).....Indirizzo .....Città .....

Prov ..... CAP ..... Codice Fiscale .....

Tel ..... Cellulare .....Fax.....

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

### **TIPO di PRESTAZIONE RICHIESTA e dicitura su impegnativa medico curante:**

SCINTIGRAFIA RENALE SEQUENZIALE + visita medico nucleare

### **INDICAZIONI CLINICHE:**

Sintomi.....

Interventi chirurgici (sede.....)

### **Esami ematochimici**

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

Creatininemia	_____	_____
---------------	-------	-------

Uricemia	_____	_____
----------	-------	-------

Medico Proponente \_\_\_\_\_ Telefono ..... Fax .....

### **Informazioni anamnestiche:**

Precedente esame Scintigrafico .....

Precedenti ECOgrafia addome .....

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

### **PREPARAZIONE PAZIENTE:**

- non è richiesto il digiuno
- non è richiesta la sospensione di alcun farmaco
- precauzioni post-esame: lontano per 12 ore da bambini piccoli e donne in gravidanza
- portare con se mezzo litro di acqua

### **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.....