



	<p>OSPEDALE DI TRENTO U.O.C. Medicina Nucleare Direttore: dr.ssa Franca Chierichetti</p>	
--	--	--

Richiesta di prestazione medico-nucleare

Da inviare alla Segreteria dell'U.O. di Medicina Nucleare (fax 0461903126 – mail : medicinanucleare@apss.tn.it)

Per altre prestazioni si rimanda a richiesta specialistica dedicata

<p>Dati Paziente</p> <p>Cognome: <input style="width: 150px;" type="text"/> Nome: <input style="width: 150px;" type="text"/></p> <p>Residenza: <input style="width: 150px;" type="text"/></p> <p>Data di nascita: <input style="width: 150px;" type="text"/></p> <p>Peso (kg) <input style="width: 100px;" type="text"/> Altezza (cm) <input style="width: 100px;" type="text"/></p>	<p>Foglio giallo (pre/post) <input type="checkbox"/></p> <p>Day Hospital <input type="checkbox"/></p> <p>Esterno <input type="checkbox"/></p> <p>Ricoverato <input type="checkbox"/></p> <hr/> <p>Autosufficiente <input type="checkbox"/></p> <p>Carrozzina <input type="checkbox"/></p> <p>Letto <input type="checkbox"/></p> <p>Accesso venoso difficile? NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/></p>
<p>Reparto Inviante</p> <p><input style="width: 150px;" type="text"/> Telefono: <input style="width: 150px;" type="text"/></p> <p>Medico richiedente: <input style="width: 150px;" type="text"/> Telefono: <input style="width: 150px;" type="text"/></p>	<p>Urgente SI <input type="checkbox"/></p> <p> NO <input type="checkbox"/></p>

Quesito (richieste incomplete o con firma illeggibile non verranno evase):

<p>Sistema endocrino</p> <p>S. tiroide <input type="checkbox"/></p> <p>S. paratiroidi <input type="checkbox"/></p> <p>S. surrenalica midollare <input type="checkbox"/></p> <p>Sistema nervoso</p> <p>SPECT cerebrale di perfusione <input type="checkbox"/></p> <p>Apparato respiratorio</p> <p>S. polmonare perfusoria <input type="checkbox"/></p> <p>S. polmonare ventilatoria <input type="checkbox"/></p>	<p>Apparato Digerente</p> <p>S. ghiandole salivari <input type="checkbox"/></p> <p>Studio transito esofageo <input type="checkbox"/></p> <p>Studio svuotamento gastrico <input type="checkbox"/></p> <p>Ricerca mucosa gastrica ectopica <input type="checkbox"/></p> <p>Ricerca angiomi epatici <input type="checkbox"/></p> <p>Valutazione enterorragie <input type="checkbox"/></p> <p>Apparato Uroteliale</p> <p>S. renale corticale <input type="checkbox"/></p> <p>S. renale sequenziale <input type="checkbox"/></p> <p>S. renale sequenziale MAG3 <input type="checkbox"/></p> <p>Cistoscintigrafia <input type="checkbox"/></p>	<p>Apparato Scheletrico</p> <p>S. ossea o articolare <input type="checkbox"/></p> <p>S. ossea o articolare trifasica <input type="checkbox"/></p> <p>S. del midollo osseo <input type="checkbox"/></p> <p>Sistema Linfatico</p> <p>Linfoscintigrafia segmentaria <input type="checkbox"/></p> <p>Ricerca linfonodo sentinella <input type="checkbox"/></p> <p>Varie</p> <p>S. con leucociti autologhi marcati <input type="checkbox"/></p> <p>S. per amiloidosi cardiaca <input type="checkbox"/></p>	
--	--	--	--

Data: Firma del medico: _____