



OSPEDALE DI TRENTO
U.O. Medicina Nucleare
Direttore: dr.ssa Franca Chierichetti



RICHIESTA SCINTIGRAFIA MIOCARDICA

Cognome _____ Nome _____
Nascita _____ Residenza _____
Telefono _____ E-mail _____

Esterno ☐ Ricoverato ☐ Foglio giallo ☐

Medico Richiedente _____ Telefono _____

MOTIVO DELL' ESAME

ISCHEMIA ☐
VITALITÀ ☐
EFFICACIA TERAPIA ☐

TIPO DI INDAGINE

RIPOSO CON NITRATI ☐
RIPOSO-dopo SFORZO ☐
RIPOSO-DIPIRIDAMOLO ☐
RIPOSO-DOBUTAMINA ☐

ANAMNESI

IPERTENSIONE
PACE MAKER
PTCA

si	no
si	no
si	no

DIABETE
BBSn
BY-PASS

si	no
si	no
si	no

ASMA BRONCHIALE

si	no
----	----

INFARTO

si	no
si	no

sede _____

STENOSI CORONARICA

si	no
----	----

sede _____

SOSPENSIONE TERAPIA

no
si

B-bloccanti ☐

Calcio antagonisti ☐

Nitrati ☐

Data

Medico Richiedente (timbro e firma)

NB: si prega di allegare documentazione clinica

Sulla base del quadro clinico/elettrocardiografico e delle condizioni del paziente al momento dell'esame, il cardiologo che effettua il test provocativo si riserva di sostituire il test ergometrico con quello farmacologico e viceversa.