

MODULO DI RICHIESTA PER INDAGINI DI NEUROLOGIA NUCLEARE

escluso cardiologia nucleare / richiesta visite, indagini diagnostiche, terapie / LNS seno + melanoma (utilizzare il modulo specifico)

- IL PRESENTE FORMULARIO DEVE ESSERE COMPILATO IN TUTTE LE SUE PARTI
→ N.B. RICHIESTE INCOMPLETE VERRANNO RE-INVIATE AL MEDICO RICHIEDENTE

DATI PAZIENTE

gravidanza esclusa: NO SI
autosufficiente: NO SI
carozzina: NO SI
barella: NO SI
claustrofobia: NO SI
altro: _____

DATI ANAGRAFICI PAZIENTE COMPLETI DI RECAPITO

cellulare _____

→ INDAGINE RICHIESTA

- SPET CEREBRALE PERFUSIONALE (99mTc-ECD)
 (*) SPET CEREBRALE RECETTORIALE STUDIO SISTEMA DOPAMINERGICO (123I-FP-CIT / DATSCAN)
 SCINTIGRAFIA CARDIACA MIBG
 (*) PET CEREBRALE METABOLICA (18F-FDG)
 (*) PET CEREBRALE RECETTORIALE STUDIO SISTEMA DOPAMINERGICO (18F-DOPA)
 (*) PET CEREBRALE ONCOLOGICA RECIDIVA GLIOMA (18F-FET)
 MIELOCISTERNO SCINTIGRAFIA DINAMICA LIQUOR CEREBRO-SPINALE (111In-DTPA)

(*) INDAGINE NON COMPRESA NELL'ELENCO DELLE PRESTAZIONI RIMBORSATE
NECESSARIA RICHIESTA COPERTURA COSTI ALLA CASSA MALATI
ALLEGARE ALLA RICHIESTA LETTERA DELLA CASSA MALATI (ASSUNZIONE COSTI)

▶ oppure etichetta paziente EOC

DIAGNOSI PATOLOGIA DI BASE

QUESITO CLINICO

TERAPIE IN ATTO

FARMACI / MEDICAMENTI DA SOSPENDERE SCHEMA DI SOSPENSIONE

Il Medico richiedente + timbro, firma, recapito telefonico	Validazione Medico Nucleare (data, ev. indicazioni, firma)
C.P.C. _____	CONTROLLO PRECEDENTE DEL: _____ CONFERMA APPUNTAMENTO: _____ VISTO SEGRETARIA MN: _____

NOTE DEL MEDICO RICHIEDENTE:
URGENTE ? SI → DATA: _____
PERIODO DESIDERATO DELL' ESAME _____