Istituto Oncologico della Svizzera Italiana
Servizio di Medicina Nucleare
e centro PET-CT

M-MN-002/B

Prof. Dr. med. Luca Giovanella - Primario
Dr. med. Luca Ceriani - Capo Servizio

SEDE ORBV BELLINZONA segreteria 091 811 8672 fax 091 811 8250
SEDE ORL LUGANO segreteria 091 811 6446 fax 091 811 6444

MODULO DI RICHIESTA PER TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA

escluso PET-CT / richiesta visite, indagini diagnostiche, terapie / LNS seno + melanoma (utilizzare il modulo specifico)

DATI PAZIENTE

Cognome _____

Nome _____

Data di Nascita _____

Indirizzo _____

CAP / Località _____

Telefono _____

etichetta paziente EOC

⇒ **PAZIENTE** ☐ Ambulante ☐ Degente ☐ M ☐ F Peso Kg: _____ Altezza cm: _____

⇒ **QUESITO CLINICO** _____

Il paziente è in grado di svolgere test ergometrico sufficiente ? ☐Si ☐No

E' preferibile test farmacologico ? ☐Si ☐No

Medicazione completa _____

Il test deve essere eseguito ☐sotto copertura terapeutica
☐con sospensione della terapia interferente

Schema di sospensione _____

⇒ **RACCORDO ANAMNESTICO**

Patologie principali _____

FRCV ☐famigliarità ☐dislipidemia ☐Diabete ☐fumo ☐ipertensione

Cardiopatia ischemica nota ☐No ☐Si

Attualmente sintomatica ☐No ☐Si ☐Angor ☐Dispnea

Pregresso infarto miocardico ☐No ☐Si Data/Sede _____

Procedure di rivascolarizzazione ☐PTCA Data/sede _____

☐Bypass Data/sede _____

⇒ **QUADRO STRUMENTALE**

ECG ☐BBsx ☐Pace Maker ☐Altro _____

Ergometria Data _____ ☐Normale ☐Dubbia ☐Positiva ☐Non eseguibile/insufficiente

Scintigrafia miocardica precedente Data/Sede _____

Coronarografia Data / Schema riassuntivo _____

SI PREGA DI ALLEGARE LA DOCUMENTAZIONE (ECG, ergometria,coronarografia, ecocardiografia,interventi, etc.)

Il Medico richiedente (timbro, firma, recapito telefonico)

Validazione del Medico Nucleare (data, ev. indicazioni, firma)

_____ _____

nota : richieste incomplete verranno re-inviate al richiedente

Data revisione: 26.08.15