

Prof. Dr. med. Luca Giovannella - Primario

Dr. med. Luca Ceriani - Capo Servizio

SEDE ORBV BELLINZONA  
SEDE ORL LUGANO

segreteria 091 811 8672  
segreteria 091 811 6446

fax 091 811 8250  
fax 091 811 6444

## MODULO DI RICHIESTA PER SCINTIGRAFIA LINFONODO SENTINELLA (SENO)

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

DATI PAZIENTE	
Cognome	_____
Nome	_____
Data di nascita	_____
Indirizzo	_____
CAP / Località	_____
Telefono	_____
Natel	_____
Cassa malati	_____

etichetta paziente EOC
------------------------

### SENO

- |   |                             |                             |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> NODULO UNIFOCALE PALPABILE           | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> NODULO NON PALPABILE MARCATO         | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> MAMMOGRAFIE CONSEGNATE ALLA PAZIENTE | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |

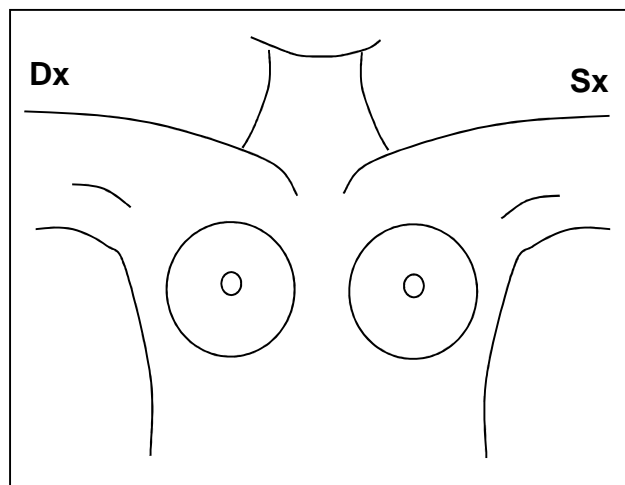
ESAME IL \_\_\_\_\_

RICOVERO IL \_\_\_\_\_

OSSERVAZIONI \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



APPUNTAMENTO IN MEDICINA NUCLEARE CONFERMATO E ORGANIZZATO DA \_\_\_\_\_

Il Medico richiedente (timbro, firma, recapito telefonico)

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**nota: richieste incomplete verranno re-inviare al richiedente**