

Modulo di richiesta per scintigrafia linfonodo sentinella (seno)

Da inoltrare al Servizio di Medicina Nucleare

SEDE ORBV BELLINZONA
SEDE ORL LUGANO

segreteria 091 811 8672
segreteria 091 811 6446

fax 091 811 8250
fax 091 811 6444

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

etichetta paziente EOC

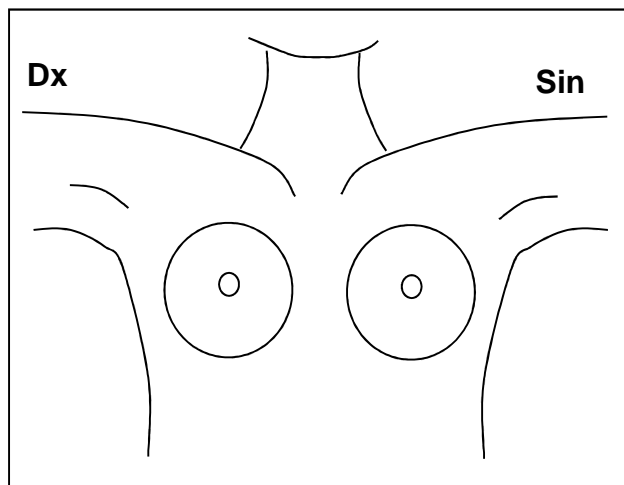
SENO

- | | |
|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <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-inviate al richiedente