

PD Dr. med. Gaetano Paone – Primario

Prof. Dr. med. Luca Ceriani - Viceprimario

Prof. Dr. med. Giorgio Treglia - Viceprimario

SEDE OSG BELLINZONA
SEDE OCL LUGANO

segreteria 091 811 86 72
segreteria 091 811 64 46

fax 091 811 82 50
fax 091 811 64 44

medicina.nucleare@eoc.ch
medicina.nucleare@eoc.ch

MODULO DI RICHIESTA PER INDAGINI DI NEUROLOGIA NUCLEARE

- 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
carrozzina: NO SI
barella: NO SI
claustrofobia: NO SI
altro: _____

DATI ANAGRAFICI PAZIENTE COMPLETI DI RECAPITO

cellulare _____

→ INDAGINE RICHIESTA

▶ oppure etichetta paziente EOC

- (*) SPET CEREBRALE RECETTORIALE STUDIO SISTEMA DOPAMINERGICO (123I-FP-CIT / DATSCAN)
- SCINTIGRAFIA DI INNERVAZIONE CARDIACA MIBG
- (*) PET CEREBRALE METABOLICA (18F-FDG)
- (*) PET CEREBRALE ONCOLOGICA GLIOMA (18F-FET)
- (*) PET CEREBRALE CON ANALOGHI DELLA SOMATOSTATINA PER MENINGIOMI (68Ga-DOTATATE)
- (*) PET CEREBRALE STUDIO DEPOSITI DI AMILOIDE (18F-Flutemetanol)

(*) INDAGINE COMPRESA NELL'ELENCO DELLE PRESTAZIONI RIMBORSATE (OPRE) SOLO IN SPECIFICHE CONDIZIONI CLINICHE -. PER ALTRE INICAZIONI NECESSARIA RICHIESTA COPERTURA COSTI ALLA CASSA MALATI. ALLEGARE ALLA RICHIESTA LETTERA DI ASSUNZIONE COSTI DELLA CM

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 _____