Istituto Imaging della Svizzera Italiana
Clinica di Medicina Nucleare EOC

IIMSI_M-MN-002/D

PD Dr. med. Gaetano Paone – Primario **Prof. Dr. med. Luca Ceriani** - Viceprimario **Prof. Dr. med. Giorgio Treglia** - Viceprimario

SEDE OSG BELLINZONA **segreteria 091 811 86 72** **fax 091 811 82 50** **medicina.nucleare@eoc.ch**
SEDE OCL LUGANO **segreteria 091 811 64 46** **fax 091 811 64 44** **medicina.nucleare@eoc.ch**

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

È 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