

MODULO DI RICHIESTA PER VISITE / INDAGINI DIAGNOSTICHE / TERAPIE

escluso PET-CT, LNS seno + melanoma / cardiologia nucleare / neurologia nucleare (utilizzare moduli specifici)

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

etichetta paziente EOC

MALATTIE TIROIDEE

- Scintigrafia ^{99m}Tc ^{99m}Tc+MIBI ¹²³I
- Whole body scan con radioiodio
- Visita Specialistica [nota: ev Ecografia / Agoaspirato (FNAB) Tiroideo saranno eseguiti dopo valutazione clinica specialistica]

SCINTIGRAFIE

- Scintigrafia ossea Monofase Trifasica SPET-CT
- Scintigrafia polmonare
- Scintigrafia con leucociti marcati (Leukoscan ®)
- Scintigrafia con ¹¹¹In (Octreoscan ®)
- Scintigrafia paratiroidi
- Scintigrafia renale sequenziale (MAG3) → + Lasix ® Scintigrafia renale statica (DMSA)
- Altro (specificare _____)

TERAPIE

- RTM con I¹³¹ _____ Ipertiroidismo ca. tiroide Altro
- Terapia metastasi ossee Terapia con Zevalin ® Radiosinoviortesi (RSO) Altro

ANAMNESI E STATUS

QUESITO CLINICO

Il Medico richiedente (timbro, firma, recapito telefonico)

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

nota: richieste incomplete verranno re-inviolate al richiedente