

SCINTIGRAFIA CARDIACA: "SCINTIGRAFIA MIOCARDICA DI PERFUSIONE BASALE"
CODICE NOMENCLATORE 9A13

Da compilare a cura del medico specialista richiedente o dal medico curante su richiesta dello specialista richiedente

Medico specialista richiedente* _____
nome cognome

Dati paziente* _____
nome cognome data di nascita

peso altezza telefono

Descrizione del quesito clinico e brevi cenni anamnestici*

Il paziente ha eseguito esame ecografico*

NO SI _____
breve descrizione

Campo da compilare dal personale medico della SOC Medicina nucleare

PRIORITÀ DI PRENOTAZIONE _____

PRESA VISIONE DEL MEDICO NUCLEARE _____

*** campi obbligatori**