

SCINTIGRAFIA CEREBRALE PER DISTURBI DEL MOVIMENTO: "SPET CEREBRALE RECETTORIALE (DAT)"
CODICE NOMENCLATORE 9F17

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*

RM
 NO SI _____
data esame breve descrizione

TC
 NO SI _____
data esame breve descrizione

EVENTUALE SOSPENSIONE DELLA TERAPIA AI FINI DELLE CORRETTA ESECUZIONE DELL'ESAME

HAI COMUNICATO AL PAZIENTE GLI EVENTUALI FARMACI DA SOSPENDERE COME DA INFORMATIVA SI NO

Campo da compilare dal personale medico della SOC Medicina nucleare

PRIORITÀ DI PRENOTAZIONE _____

PRESA VISIONE DEL MEDICO NUCLEARE _____

* campi obbligatori