

**SCINTIGRAFIA PER DIVERTICOLO DI MECKEL:  
"RICERCA DI MUCOSA GASTRICA ECTOPICA (MECKEL)"**  
CODICE NOMENCLATORE 9C32

*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\*

COLONSCOPIA\*

NO  SI \_\_\_\_\_  
data esame breve descrizione

*Campo da compilare dal personale medico della SOC Medicina nucleare*

PRIORITÀ DI PRENOTAZIONE \_\_\_\_\_

PRESA VISIONE DEL MEDICO NUCLEARE \_\_\_\_\_

\* **campi obbligatori**