

**SCINTIGRAFIA SURRENALICA PARTE CORTICALE: "SCINTIGRAFIA SURRENALICA CORTICALE"**

CODICE NOMENCLATORE 9D11

*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\*

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

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

RM  
 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