

**SCINTIGRAFIA RENALE:
"SCINTIGRAFIA SEQUENZIALE RENALE CON TEST FUROSEMIDE"**
CODICE NOMENCLATORE 9D24

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

UROGRAFIA
 NO SI _____
data esame breve descrizione

ANALISI EMATICHE
 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