

**SCINTIGRAFIA PER REFLUSSO VESCICO-URETERALE:
"STUDIO REFLUSSO VESCICO-URETERALE CISTOSCINTIGRAFIA DIRETTA"**
CODICE NOMENCLATORE 9D41

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

Campo da compilare dal personale medico della SOC Medicina nucleare

PRIORITÀ DI PRENOTAZIONE _____

PRESA VISIONE DEL MEDICO NUCLEARE _____

* campi obbligatori