

**SCINTIGRAFIA OSSEA PER FLOGOSI (ES. PROTESICA)
"SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE SEGMENTARIA O POLIFASICA"**
CODICE NOMENCLATORE 9E61

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

PRECEDENTE S. OSSEA
 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