

SCINTIGRAFIA PER VALUTAZIONE DEL SISTEMA LINFATICO: "LINFOSCIANTIGRAFIA"

CODICE NOMENCLATORE 9G21

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*

ECOGRAFIA

NO SI _____
data esame breve descrizione

ALTRI ESAMI

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**