

**SCINTIGRAFIA PER RICERCA DI LINFONODO SENTINELLA:
 "LINFOSCIANTIGRAFIA- RICERCA LINFONODO SENTINELLA"
 CODICE NOMENCLATORE 9G22**

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 _____

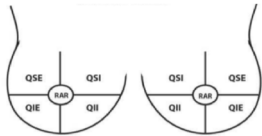
Ospedale e reparto di provenienza _____ tel. int. _____

Quesito clinico

Ricerca di linfonodo sentinella in paziente con:

- MELANOMA ARTO SUPERIORE ARTO INFERIORE TRONCO
 ALTRO _____
 Ca MAMMELLA DX SN DIAMETRO _____

- NODULARITÀ/OPACITÀ MICROCALCIFICAZIONI
 PALPABILE NON PALPABILE
 PREGRESSA BIOPSIA ESCISSORIALE SI NO
 QSI QSE QSC QII
 QIE QIC QC ALTRO _____



ESEGUITA MARCATURA CON CARBONE SI NO

INTERVENTO DA ESEGUIRE IN DATA _____ ORA _____

 Timbro e firma del medico richiedente

Per il paziente

Come da accordi telefonici/email, effettuerà linfoscintigrafia in data _____ ora _____

* campi obbligatori