

**SCINTIGRAFIA CON TEKROTYD:  
"SCINTIGRAFIA TOTAL BODY – TRACCIANTI RECETTORIALI (ANALOGHI ALLA SOMATOSTATINA)"  
CODICE NOMENCLATORE 9H19**

*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\*

**SCINTIGRAFIE PRECEDENTI**

NO  SI \_\_\_\_\_  
data esame breve descrizione

TC, RM  
 NO  SI \_\_\_\_\_  
data esame breve descrizione

**EVENTUALE SOSPENSIONE DELLA TERAPIA AI FINI DELLA 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**