



azienda sanitaria locale matera
U.O.S.D. di Medicina Nucleare e Diagnostica PET-TC
P.O. "Madonna delle Grazie"
Responsabile Dott. Saverio Schiavariello

MEDICINA NUCLEARE RICHIESTA INTERNA PER ESAME SCINTIGRAFICO

Cognome: _____ Nome: _____

Luogo e Data di Nascita: _____ Peso: _____ Altezza: _____

Medico richiedente: _____ REPARTO _____

Telefono interno: _____ Ricoverato D H Pre/post ric U.O. _____

Quesito clinico: _____ ID _____

Esame scintigrafico richiesto (barrare con una crocetta nella colonna a destra):

89.03		Visita medico nucleare
92.18.2		Scintigrafia ossea total body
92.19.6		Scintigrafia segmentaria dopo scintigrafia total body
92.14.2		Scintigrafia ossea o articolare segmentaria polifasica
92.18.3		Ricerca Metastasi Tumori Tiroidei
92.18.5		Scintigrafia globale corporea con traccianti immunologici e recettoriali
92.04.1		Scintigrafia sequenziale delle ghiandole salivari con studio funzionale
92.04.2		Studio del transito Esofago-Gastro-Duodenale
92.04.4		Valutazione delle gastroenterorragie
92.11.8		Spet cerebrale con traccianti recettori pre-sinaptici
92.11.5		Tomoscintigrafia cerebrale SPET
92.11.2		Scintigrafia cerebrale con angioscintigrafia
92.16.1		Scintigrafia linfatica e linfoghiandola segmentaria
92.20.8		Ricerca intraoperatoria di lesione o di linfonodo sentinella con sonda radiochirurgica
92.01.3		Scintigrafia tiroidea
92.01.1		Captazione tiroidea
92.13		Scintigrafia delle paratiroidi
92.03.3		Scintigrafia sequenziale renale
92.15.1		Scintigrafia polmonare perfusionale
92.15.4		Scintigrafia polmonare con indicatore positivo
92.15.5		Tomoscintigrafia polmonare
92.18.5		Scintigrafia globale corporea con traccianti immunologici e recettoriali
92.20.9		SPET in associazione esami planari
92.19.3		Scintigrafia dei testicoli
92.19.2		Scintigrafia surrenalica midollare
92.09.2		Tomoscintigrafia miocardica (SPET) di Perfusione
92.09.2		Tomoscintigrafia miocardica (SPET) di Perfusione dopo stimolo
92.03.1		Scintigrafia renale statica
92.18.6		Tomoscintigrafia globale corporea (PET)
Altro		

Anamnesi: _____

Matera, li _____ Timbro e firma del medico richiedente _____