

RICHIESTA SCINTIGRAFIA MIOCARDICA DI PERFUSIONE

UOC MEDICINA NUCLEARE

| Anagrafica del paziente | | |
|---|--|---|
| Cognome e Nome | | Data di nascita |
| Codice Fiscale | | |
| Recapito Telefonico | | Email |
| Provenienza | <input type="checkbox"/> Esterno | <input type="checkbox"/> Ricoverato <input type="checkbox"/> Pre-Post Ricovero |
| Motivo dell'esame | | |
| <input type="checkbox"/> Diagnostico | <input type="checkbox"/> Ergometria non valutabile (es:PM,BBSn) <input type="checkbox"/> Ergometria dubbia <input type="checkbox"/> Discrepanza ECG/Clinica <input type="checkbox"/> Stratificazione del rischio pre-operatorio | |
| <input type="checkbox"/> Valutazione Cardiopatia Nota | <input type="checkbox"/> Progresso IMA <input type="checkbox"/> Significato funzionale stenosi coronariche note <input type="checkbox"/> Valutazione Efficacia Terapia Medica <input type="checkbox"/> Follow-up post PTCA/BYPASS | <input type="checkbox"/> Sede <input type="checkbox"/> Vasi Malati <input type="checkbox"/> Vasi Malati <input type="checkbox"/> Vasi Trattati |
| Test Provocativo | | |
| <input type="checkbox"/> Cicloergometro | <input type="checkbox"/> Dipiridamolo | <input type="checkbox"/> Rapiscan |
| Esame da eseguire | <input type="checkbox"/> In Terapia <input type="checkbox"/> Previa Sospensione | <input type="checkbox"/> Betabloccante <input type="checkbox"/> Calcioantagonista <input type="checkbox"/> Nitroderivato |
| Data | Firma del Medico Richiedente | |