



# Richiesta Appuntamento Scintigrafia Miocardica di Perfusione

Direttore f.f. Dr. Marta Zaroccolo

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	

REGIONE DEL VENETO



ULSS8  
BERICA

## **Richiesta Appuntamento Scintigrafia Miocardica di Perfusion**

*Direttore f.f. Dr. Marta Zaroccolo*