



## Procedura Aziendale di Accesso alla Scintigrafia Miocardica di Perfusione

### 7. Istruzioni operative

#### 7.1. Modulo richiesta esame

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 <input type="checkbox"/> Ulss8 <input type="checkbox"/> Altra Ulss		
Prenotazione <input type="checkbox"/> Prioritaria <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Periodo _____		
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 operatorio (intervento a rischio intermedio/elevato)	
<input type="checkbox"/> Valutazione Cardiopatia Nota	<input type="checkbox"/> Significato funzionale stenosi coronariche note  <input type="checkbox"/> Valutazione Efficacia Terapia Medica  <input type="checkbox"/> Follow-up post PTCA   <input type="checkbox"/> Follow-up post BYPASS	<input type="checkbox"/> Vasi Malati _____  <input type="checkbox"/> Vasi Malati _____  <input type="checkbox"/> > 2 anni Vasi Trattati _____  <input type="checkbox"/> < 2 anni Vasi Trattati _____ Motivo <sup>(*)</sup> : _____  <input type="checkbox"/> > 5 anni Vasi Trattati _____  <input type="checkbox"/> < 5 anni Vasi Trattati _____ Motivo <sup>(*)</sup> : _____ _____
Test Provocativo		
<input type="checkbox"/> Cicloergometro	<input type="checkbox"/> Dipyridamolo	<input type="checkbox"/> Regadenoson (asma lieve/moderato; BPCO)
Da eseguire		
<input type="checkbox"/> Previa SOSPENSIONE <sup>(*)</sup>	<input type="checkbox"/> Betabloccante <input type="checkbox"/> Calcioantagonista <input type="checkbox"/> Nitroderivato	Modalità di sospensione e/o eventuali terapie sostitutive <sup>(*)</sup> : _____ _____
<input type="checkbox"/> In TERAPIA <sup>(*)</sup>		
<sup>(*)</sup> Campo Obbligatorio		
Data	Cognome e nome del medico richiedente <sup>(*)</sup> Recapito telefonico <sup>(*)</sup>	