

**SCINTIGRAFIA EPATICA:
"SCINTIGRAFIA SEQUENZIALE EPATOBILIARE E/O PROVE FARMAC. E/O FUNZIONALITÀ"
CODICE NOMENCLATORE 9C51**

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*

ECO, 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

0

Campo da compilare dal personale medico della SOC Medicina nucleare

PRIORITÀ DI PRENOTAZIONE _____

PRESA VISIONE DEL MEDICO NUCLEARE _____

* **campi obbligatori**