

SCINTIGRAFIA DELLE PARATIROIDI PER IPERPARATIROIDISMO: "SCINTIGRAFIA DELLE PARATIROIDI"

CODICE NOMENCLATORE 9G46

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*

ECOGRAFIA

NO SI _____
data esame breve descrizione

ESAMI EMATICI (es. dosaggio del PTH, calcemia, VITD)

NO SI _____
data esame breve descrizione

Campo da compilare dal personale medico della SOC Medicina nucleare

PRIORITÀ DI PRENOTAZIONE _____

PRESA VISIONE DEL MEDICO NUCLEARE _____

* **campi obbligatori**