

**SCINTIGRAFIA APPARATO GASTRO-ENTERICO:
"VALUTAZIONE DELLE GASTRO-ENTERORRAGIE"**
CODICE NOMENCLATORE 9C31

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*

EGDS*
 NO SI _____
data esame breve descrizione

COLONSCOPIA*
 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**