

## PRENOTAZIONE DELL'INDAGINE SPECT MIOCARDICA

### Dati del Paziente

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_ data di nascita: \_\_\_\_\_

 Peso (kg): \_\_\_\_\_ Altezza (cm): \_\_\_\_\_ Sesso: F  M 

Recapiti telefonici del paziente \_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_

### Dati del Medico

Medico referente o proponente l'esame: \_\_\_\_\_

Recapito telefonico del medico: \_\_\_\_\_ fax: \_\_\_\_\_

### TIPO DI SPECT RICHIESTA E PRIORITÀ

 Scintigrafia miocardica associata a test ergometrico

 Scintigrafia miocardica associata a stress farmacologico (dipiramidolo)

NB: vanno compilate 2 impegnative specificando i seguenti codici:

1: codici 92.09.2 + 92.09.8 per 2 volte (SPECT miocardica di perfusione a riposo e dopo stress)

2: codici 89.01.3 (visita cardiologia) + 89.43 (test da sforzo)

Terapia in atto: \_\_\_\_\_

 Esame da eseguire in:  w.o. terapeutico  mantenimento di terapia

<input type="checkbox"/> Urgente (entro 72h)	<input type="checkbox"/> Priorità B (entro 15 gg)	<input type="checkbox"/> Priorità D (entro 30 gg)	<input type="checkbox"/> Priorità P (entro 180 gg)
---	--	--	---

Quesito clinico dettagliato: \_\_\_\_\_

### Rilievi anamnestici:

CAD nota <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO	MI <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO	CABG <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO	PCI <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
CHF <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/>	Diabete <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO	Asma <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO	

 Indagini precedenti: Coronarografia  SÌ  NO Scintigrafia miocardica  SÌ  NO  
 (se si, allegare referto)

Firma del medico richiedente

Luogo, data: \_\_\_\_\_

---

**Allegare copia delle impegnative, dell'ultima lettera di dimissione o referto di visita cardiologica ed inviarli, assieme al presente modulo, via fax 0422 322723.**