

RICHIESTA ESAME SPET CEREBRALE RECETTORIALE PRESINAPTICO DEL SISTEMA DOPAMINERGICO (DATSCAN)

- **Codice da specificare in richiesta: 92.19.8 SCINTIGRAFIA SEGMENTARIA CON TRACCIANTE IMMUNOLOGICO O RECETTORIALE**
- **Precisare nel quesito diagnostico: DATSCAN**

Cognome Nome paziente _____

Luogo e data di nascita _____

Domicilio (via, n./località/prov.): _____

CODICE FISCALE: _____ Tel: _____

Provenienza: esterno ricoverato

Medico referente _____ Tel: _____

QUESITO CLINICO E NOTIZIE ANAMNESTICHE: _____

TERAPIE IN ATTO: _____

USO DI FARMACI CHE POSSONO INTERFERIRE CON DATSCAN (Ioflupano):

BUPROPIONE **LITIO** **SERTRALINA** **MODAFINIL** **METILFENIDATO**

Collaborazione all'indagine: SI NO Claustrofobia: SI NO Allergia ai m.d.c. iodati: SI NO

Data ultima TC: _____ **Data ultima RM:** _____

SPET CEREBRALE eseguita (flusso/recettoriale): SI NO data: _____

INTERVENTI: SI NO _____

IL GIORNO DELL'ESAME IL PAZIENTE DEVE PORTARE GLI ESAMI TC/RM IN FORMATO DIGITALE

Data _____ Firma del medico richiedente _____

DATA E ORA DELL'ESAME VERRANNO COMUNICATE TELEFONICAMENTE