

Padiglione 30 - U.O Medicina Nucleare Via Massarenti, 9 Tel.: 0512143173 - Fax: 0516363176
Fax.: 0516363958 solo per esami ambulatoriali: visita, ecografia per interni, ago aspirato

PRENOTAZIONE ESAMI MEDICINA NUCLEARE CONVENZIONALE
(da compilarsi a cura del medico specialista)

spazio dedicato
all'apposizione del bar code

URGENTE:

Timbro reparto

Esame medico nucleare richiesto:

Quesito Clinico:

COGNOME

NOME

DATA DI NASCITA

PROVENIENZA (CITTA', OSPEDALE)

MEDICO RICHIEDENTE

U.O.

TELEFONO

FAX:

PATOLOGIA DI BASE:

ISTOLOGICO:

MARKERS: NEGATIVI

IN AUMENTO

Specificare: :

Indagini medico nucleari precedenti:
eseguite presso questa struttura

si

no

si

no dove

Altri esami:

Indicazioni di assistenza infermieristica

Il paziente si presenta alla U.O Medicina Nucleare per eseguire l'esame:

a piedi

in carrozzella

in barella

Il paziente necessita di assistenza per:

portatore di tracheostomia

portatore di cateteri vescicali

ossigeno terapia %

drenaggi chirurgici

ferite chirurgiche

Patologie infettive:

incontinente

problemi psichiatrici

Terapie in infusione:

decubiti preferenziali (per dolore)

Allergie:

particolari deficit (cecità, sordità...)

Altro:

In previsione della lunga permanenza nel servizio dovuta alla tipologia dell'esame e considerato l'acuirsi del dolore causato dal trasporto, si ravvisa la necessità di sottoporre i pazienti all'adeguata terapia antalgica prima dell'invio al nostro servizio.

DATA _____ FIRMA E TIMBRO MEDICO SPECIALISTA: _____