



DAI PATOLOGIA e DIAGNOSTICA U.O.C. MEDICINA NUCLEARE d.O – Borgo Trento Direttore f.f. Prof. Marco Ferdeghini P.le Stefani, 1 Verona - Tel. 045 8122434 - 045 8122360 Fax 045 8123398 <i>e-mail: medicina.nucleare@ospedaleuniverona.it</i>	MU SEG 301585 01/D
NORME DI BUONA PREPARAZIONE RADIOFARMACI FASE -1 MODULO RICHIESTA PRESTAZIONE	Rev. 0 del 22.02.2011 Pagina 1 di 1

CODICE A BARRE

SPET ¹²³I-ioflupane (DaTSCAN)

COGNOME	NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	
INDIRIZZO	CAP	COMUNE DI RESIDENZA (PROV.)	RECAPITO TELEFONICO
PROVENIENZA	<input type="checkbox"/> ESTERNO (allegare impegnativa)	<input type="checkbox"/> AMID	<input type="checkbox"/> DAY-HOSPITAL <input type="checkbox"/> RICOVERATO
MEDICO RICHIEDENTE	TELEFONO		

QUESITO DIAGNOSTICO SPECIFICO: (indicando, ove possibile, il tipo di Disordine del Movimento che si sospetta)

SINTOMATOLOGIA ED OBIETTIVITA' NEUROLOGICHE:
(indicando il lato prevalente, quando vi sia, ed il tempo trascorso dall'esordio clinico)

EVENTUALE TERAPIA IN ATTO: (o dismessa, in caso di sospetto PKismo iatrogeno)

LA / IL PAZIENTE HA GIA' ESPLETATO UN'INDAGINE CON DaTSCAN?

no sì se sì, quando?
se sì, allegare copia del referto e possibilmente dell'indagine

ALLEGARE FOTOCOPIA DI ALTRI ESAMI STRUMENTALI

eventualmente espletati (TC – RM – PET encefalo, SPET di flusso e per recettori D₂ – IBZM)

PROGRAMMAZIONE:

giorno

ora

Avvertenze:

Data _____ MEDICO RICHIEDENTE (timbro e firma) _____

N.B RICHIESTE INCOMPLETE VERRANNO RISPEDITE VIA FAX PER COMPLETAMENTO



UNITÀ OPERATIVA CON SISTEMA QUALITÀ UNI EN ISO 9001:2008 - Certificato n. 194114

Sede Legale Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata: P.le A. Stefani, 1 - 37126 VERONA - Tel 045/812 1111 - Fax 045/916735
C.F. e P. Iva 03901420236 - Portale Aziendale: www.ospedaleuniverona.it

File	MU SEG 301585 01 D.doc	Redazione	TSLB Dott. Maurizio Zanini
Data prima applicazione	2011	Verifica	Dott.ssa I. Pasquin
Copia	Controllata	Approvazione	Direttore Prof. Marco Ferdeghini