

**Centro di Medicina Nucleare Calabrese**

**di Giuseppe Calabrese & C. Sas**

**Via S. Pietro in Lama, km 3– 73100 Lecce /Part IVA 01153830855**

**Tel: 0832.612120 Fax 0832614545**

**MODULO RICHIESTA STUDIO DEL TRANSITO ESOFAGEO**

*Il presente modulo va compilato in stampatello correttamente in tutte le sue parti per una corretta prenotazione dell'esame . A norma dell'art. 111 D.lgs n. 230, la decisione circa l'appropriatezza e l'esecuzione dell'esame è di esclusiva competenza del Medico Nucleare.*

Cognome Nome .....Data e luogo di nascita.....

Peso (Kg)..... Altezza (cm).....Indirizzo .....Città .....

Prov ..... CAP ..... Codice Fiscale .....

Tel ..... Cellulare .....Fax.....

Provenienza:  Esterna  Interna Ospedale (Reparto.....)

**TIPO di PRESTAZIONE RICHIESTA e dicitura su impegnativa medico curante:**

STUDIO DEL TRANSITO ESOFAGEO + Visita medico nucleare

**INDICAZIONI CLINICHE:**

Sintomi.....

Interventi chirurgici (sede.....)

Medico Proponente \_\_\_\_\_ Telefono ..... Fax .....

**Informazioni anamnestiche:**

Precedente esame Scintigrafico .....

Precedenti esami strumentali (ECO, TC) .....

**AL MOMENTO DELL'EFFETTUAZIONE DELL'INDAGINE IL PAZIENTE DOVRA' (qualora possibile) PRESENTARE TUTTA LA DOCUMENTAZIONE CLINICA INERENTE L'ESAME.**

**PREPARAZIONE PAZIENTE:**

digiuno da 6 ore

- precauzioni post-esame: lontano per 12 ore da bambini piccoli e donne in gravidanza

- **CONTROINDICAZIONI ALL'ESAME:**

- gravidanza presunta o accertata

*Da inviare alla segreteria del CENTRO DI MEDICINA NUCLEARE CALABRESE Tel: 0832.612120 Fax 0832614545  
Data e ora dell'esame verranno comunicati telefonicamente o via fax*