

RICHIESTA DI SCINTIGRAFIA MIOCARDICA DI PERFUSIONE

COGNOME E NOME _____ NATO/A IL ____ / ____ / ____
 A _____ RESIDENTE A _____ VIA _____
 TEL _____ CARDIOLOGO E TEL _____

U.O.C. Medicina Nucleare

Direttore ff
Oreste Bagni

Coordinatore ff
Giacomo Romagna

Medici Dirigenti
Pina Cannas
Antonio D'Agostini

TSRM
Agostino Checchinato
Giorgio Antonetti

Infermieri Professionali
Silviano Di Mauro
Gianni Mancini
Bruna Battisti

Operatore Ausiliario
Loredana Mattoni

U.O.S PET/TC
Responsabile
Oreste Bagni

Medici Dirigenti
Luca Filippi

TSRM
Maria Cristina Mosca
Alberto Ruzza

Infermieri Professionali
Anita Moroni

Tel. 0773 6553591
Fax 0773 6553593

Motivo dell'esame e quesito clinico

- Sospetta Malattia Coronarica in Soggetto a Rischio;
 Angina Atipica;
 Valutazione della Riserva Coronarica in Pazienti Cardiopatici;
 Valutazione pre-Operatoria per Pazienti a rischio di alto grado;
 Valutazione della Vitalità del Miocardio in Pazienti con Progresso Infarto;
 Follow-up di Pazienti Sottoposti d Rivascolarizzazione Coronarica (*By-Pass*, *Angioplastica*).

LA COMPILAZIONE DELLA PRESENTE RICHIESTA È NECESSARIA PER L'ESECUZIONE DELL'ESAME

Notizie anamnestiche

Pregresso Infarto (data ____ / ____ / ____ e sede)

Precedenti scintigrafie

ECG di Base e/o Test Ergometrico (data ____ / ____ / ____)

Ecocardiogramma (data ____ / ____ / ____)

Coronarografia (data ____ / ____ / ____)

PTCA (data ____ / ____ / ____)

ByPass (data ____ / ____ / ____)

Terapia in corso

Data _____

Firma
