



Scheda di prenotazione per SCINTIGRAFIA con LEUCOCITI MARCATI

PAZIENTE

C.F.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Provenienza SSN [] RIC. [] DH [] DP []

Cognome Nome Sesso F M

Nato/a il / / a Peso (Kg), Altezza (cm)

Telefono Cellulare Email/Fax

Indirizzo CAP Comune Prov

Il/la pz. è barellato/a [Si] [NO] autosufficiente [Si] [NO] claustrofobico [Si] [NO] allattamento [Si] [NO]

MEDICO RICHIEDENTE Ospedale Reparto

Tel. Cell. Fax E-mail

Quesito clinico

Intervento chirurgico [No] [Si] Data/...../..... :

Terapia antibiotica in atto [No] [Si] con

Altra terapia farmacologica in atto:

Data	WBC	HCT	RBC	MCV	VES	PCR

INQUADRAMENTO CLINICO

- febbre:
 - raccolte ascessuali [No] [Si] sede:
 - fistole cutanee [No] [Si] sede:
 - altro:

INDAGINI MORFOLOGICHE (allegare referti)

- RX [No] [Si] Data/...../.....;
- TC s/c mdc [No] [Si] Data/...../.....;
- RM s/c mdc [No] [Si] Data/...../.....;
-
-

Spazio riservato alla segreteria:

Richiesta arrivata il Approvata il Da Prenotato il