



Scheda di prenotazione per SCINTIGRAFIA delle PARATIROIDI

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 in dialisi [Si] [NO] giorni seduta dialitica.....

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

Diagnosi IPER-PTH PRIMITIVO IPER-PTH TERZIARIO PERSISTENZA/RICORRENZA POST-CHIRURGICA
 SOSPETTA ECTOPIA (.....) SINDROMI EREDITARIE:

TERAPIA FARMACOLOGICA IN ATTO

.....

Data	PTH	Ca

Vit D3 ultima assunzione: (da sospendere per almeno 15 gg)

Calcimimetici:..... (da sospendere per almeno 10 gg)

Chirurgia [NO] [Si] **Se Si:** Data/...../..... Tipo di intervento

Precedente scintigrafia: Data/...../.....; se non eseguita presso ARNAS G. BROTZU allegare il referto

INDAGINI MORFOLOGICHE

- **ECOGRAFIA del COLLO:** Data/...../.....; se non eseguita presso ARNAS G. BROTZU allegare il referto
- TC s/c mdc [Si] [NO] Data/...../.....; se non eseguita presso ARNAS G. BROTZU allegare il referto
- RM s/c mdc [Si] [NO] Data/...../.....; se non eseguita presso ARNAS G. BROTZU allegare il referto

Spazio riservato alla segreteria:

Richiesta arrivata il Approvata il Da Prenotato il