

Scheda di prenotazione per Scintigrafia Sequenziale Renale

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.....

IndirizzoCAP Comune..... Prov

Il/lapz. è in dialisi [Sì] [No] indicarei giornidellasettimanain cuidualizza.....

Il/la pz. è barellato/a [Sì] [No] autosufficiente [Sì] [NO] claustrofobico [Sì] [NO] incontinente [Sì] [NO]

Per le donne in età fertile, data delle ultime mestruazioni allatta [Sì] [NO]

MEDICO RICHIEDENTE Ospedale Reparto

Tel. Tel. Cell. e-mail

Diagnosi

Terapia **Valutazione** ☐ PRE ☐ INTERIM ☐ POST

Precedenti SEQ [No] [Sì] Se Sì, indicare la data ed allegare il referto

Ipertensione [No] [Sì] Se Sì, indicare l'eventuale terapia.....

Chirurgia Uro-Genitale [No] [Sì] Tipo di interventoData/...../.....

Nefrostomie [No] [Sì] -> [DX] [SN] posizionata il/...../.....

Catetere ureterale [No] [Sì] -> [DX] [SN] posizionato il/...../.....

ESAMI EMATOCHIMICI (allegare referto)

Esame →	Creatinina sierica	Azotemia	Altro
Data ↓			

INDAGINI MORFOLOGICHE (allegare referto)

- Eco addome [Sì] [NO] data.....
- TC addome/UroTC senza mdc [Sì] [NO] data.....
- TC addome/UroTC con mdc [Sì] [NO] data.....
- RM addome-pelvi [Sì] [NO] data.....