

SCHEDA DI ACCETTABILITA' VISITA DIAGNOSTICA MEDICO NUCLEARE

Cognome Nome Data.....

Età..... Sesso: M F P:..... H:.....

U.M.:..... Allattamento: SI NO

Esame richiesto:

Anamnesi:.....

.....

.....

E.O.:

.....

Esami diagnostici:

.....

Precedenti Scintigrafie:

.....

Accettabilità esame richiesto: SI NO

.....

Eventuale prestazione (indagine) alternativa Medico Nucleare

.....

Eventuale prestazione (indagine) alternativa non Medico Nucleare

.....

Il Medico Nucleare
