

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

Indirizzo CAP Comune Prov

Il/la pz. è in dialisi [Si] [No] indicarei giornidella settimana in cui dializza

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

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

MEDICO RICHIEDENTE Ospedale Reparto

Tel. Tel. Cell. e-mail

Diagnosi

Terapia **Valutazione** PRE INTERIM POST

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

Ipertensione [No] [Si] Se Si, indicare l'eventuale terapia

Chirurgia Uro-Genitale [No] [Si] Tipo di intervento Data / /

Nefrostomie [No] [Si] -> [DX] [SN] posizionata il / /

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

ESAMI EMATOCHIMICI (allegare referto)

Esame →	Creatinina sierica	Azotemia	Altro
Data ↓			

INDAGINI MORFOLOGICHE (allegare referto)

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