

Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Bergamo Ovest	MODULO	Mod3POMNUC1	Rev.: 2
	RICHIESTA SCINTIGRAFIA	Data: 24/01/23	
	MIOCARDICA	Pag. 1	di: 1

OSPEDALE DI TREVIGLIO	STRUTTURA COMPLESSA DI MEDICINA NUCLEARE Dir. D.ssa Silvia Seghezzi
------------------------------	---

Medico Richiedente _____ data di richiesta _____
 Struttura _____ Ospedale di _____
 NOME _____ COGNOME _____
 nato il _____ età _____ recapito tel _____ peso Kg _____ altezza cm _____
 Quesito clinico _____

MIOCARDIOSCINTIGRAFIA da eseguire:

- in terapia farmacologica
 in sospensione farmacologica

Indicare eventuale terapia farmacologica in atto o sospesa: _____
 _____ (data di sospensione _____).

Indagine scintigrafia con Tecnezati (GSPECT) di perfusione e funzione ventricolare cod. 92092 – 92054

- stress/rest
 dipyridamolo/ridist.
 a riposo

FATTORI DI RISCHIO CARDIOVASCOLARE:

- Ipertensione art.
 Fumo
 Dislipidemia
 Sedentarietà
 Obesità
 Familiarità _____
 Diabete Mellito tipo _____

SINTOMATOLOGIA ATTUALE: _____

PREGRESSI INFARTI MIOCARDICI:

- sede _____ data _____
 sede _____ data _____
 trombolisi con _____ trombolisi con _____

PATOLOGIE

P.T.C.A. (data _____): _____ BYPASS
 (data _____): _____

ECG BASALE

ECG CON TEST DA SFORZO (data _____): Max. Carico _____ Watts Mets _____
 F.C. Max _____ pari al _____ % del Th.

alterazioni: _____ sintomi: _____ ECOCA

RDIOGAMMA (data _____): _____ VARIE:

- Rx torace
 holter-ecg
 precedenti scintigr. miocard. (data _____)

CORONAROGRAFIA (data _____): Tronco comune _____

I.V.A _____

Cx _____

CDx _____

IL MEDICO

Tel. 0363/424337
 email: segreteria_nucleare@asst-bginvest.it

G *AS*