



U.O.C. MEDICINA NUCLEARE

Direttore: dr. Sergio Bissoli

MODULO PER SCINTIGRAFIA LINFONODO SENTINELLA PER MELANOMA

(COMPILARE A CURA DEL MEDICO RICHIEDENTE IN TUTTE LE SUE PARTI)

Etichetta DOSE

Cognome e Nome: _____ Data di nascita ____/____/____

Reparto: _____

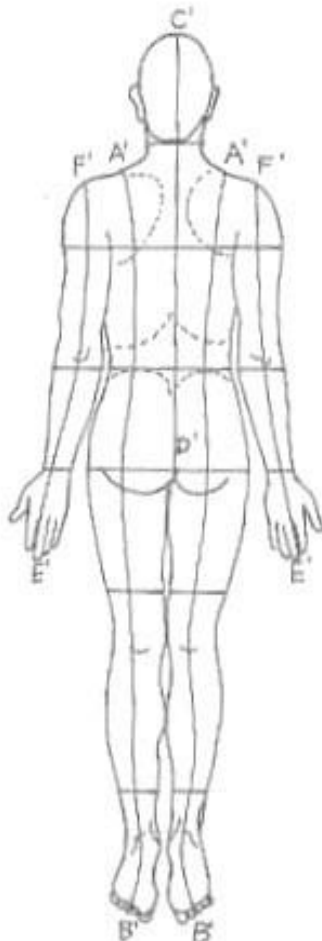
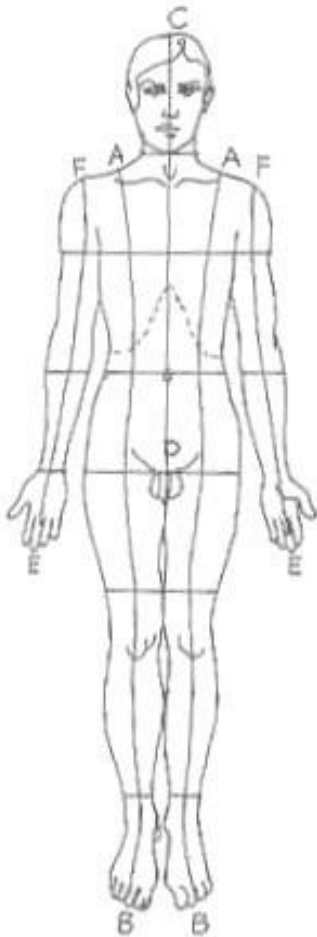
PROVENIENZA

CHIRURGIA [] BELLUNO [] PIEVE DI CADORE [] FELTRE [] ALTRO

INTERVENTO PREVISTO PER IL : ____/____/____

NOTIZIE CLINICHE: [] MELANOMA CUTANEO [] ASPORTATO

IN REGIONE _____



FIRMA MEDICO RICHIEDENTE (LEGGIBILE)

DA COMPILARE A CURA DEL MEDICO NUCLEARE

DATA ESECUZIONE ESAME: ____/____/____

ORA INIEZIONE: ____:____

VOLUME IN ML: _____

SEDE INIEZIONE: _____

NUMERO INIEZIONI: _____

NOTE: _____
