


U.O.C. MEDICINA NUCLEARE
Direttore: dr. Sergio Bissoli
Modulo richiesta Tomoscintigrafia cerebrale (DaTSCAN) CVP 92.11.9_0

COMPILARE A CURA DEL MEDICO RICHIEDENTE IN TUTTE LE SUE PARTI ED INVIARE VIA MAIL ASSIEME

 ALL'IMPEGNATIVA DELLA PRESTAZIONE A medicinanuclcare.bl@aulss1.veneto.it

Cognome e nome: _____

Data di nascita ___/___/___ Residenza _____

Telefono _____ Mail _____

Peso-Altezza	Kg _____ h _____
Lateralità	<input type="checkbox"/> destra <input type="checkbox"/> sinistra
Claustrofobia	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Paz. collaborante	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no Richiesta sedazione <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no

Ipotesi diagnostica	
Quesito clinico	
<input type="checkbox"/> Parkinson <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> PSP <input type="checkbox"/> Tremore essenziale <input type="checkbox"/> Parkinsonismo iatrogeno	
<input type="checkbox"/> CBD <input type="checkbox"/> DLB <input type="checkbox"/> Parkinsonismo vascolare <input type="checkbox"/> Altri Parkinsonismi <input type="checkbox"/> Altro	

Data di esordio della malattia				
Farmaci interferenti	Nome	Dosaggio	da	a

Indagini strumentali eseguite			
Medico Richiedente			N° telefono:
	e-mail		