

PD Dr. med. Gaetano Paone – Primario

Prof. Dr. med. Luca Ceriani - Viceprimario

Prof. Dr. med. Giorgio Treglia - Viceprimario

SEDE OSG BELLINZONA
SEDE OCL LUGANO

segreteria 091 811 86 72
segreteria 091 811 64 46

fax 091 811 82 50
fax 091 811 64 44

medicina.nucleare@eoc.ch
medicina.nucleare@eoc.ch

MODULO DI RICHIESTA PER SCINTIGRAFIA LINFONODO SENTINELLA (SENO)

escluso cardiologia nucleare / richiesta visite, indagini diagnostiche, terapie / PET-CT / LNS melanoma (utilizzare il modulo specifico)

DATI PAZIENTE
Cognome _____
Nome _____
Data di nascita _____
Indirizzo _____
CAP / Località _____
Telefono _____
Natel _____
Cassa malati _____

etichetta paziente EOC

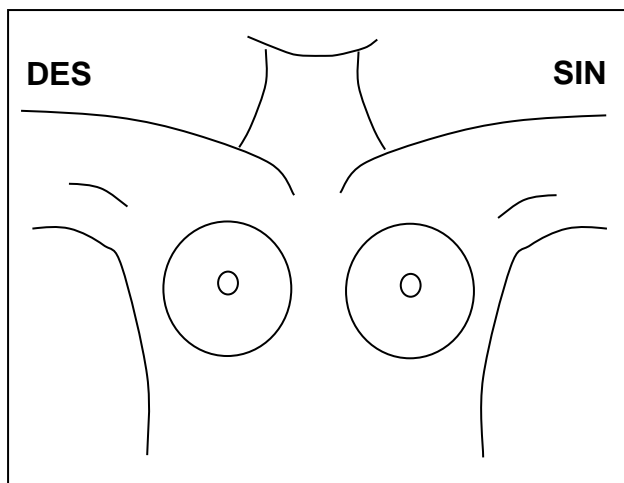
SENO

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> NODULO UNIFOCALE PALPABILE | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> NODULO NON PALPABILE MARCATO | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> MAMMOGRAFIE CONSEGNATE ALLA PAZIENTE | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |

ESAME IL _____

RICOVERO IL _____

OSSERVAZIONI _____



APPUNTAMENTO IN MEDICINA NUCLEARE CONFERMATO E ORGANIZZATO DA _____

Il Medico richiedente (timbro, firma, recapito telefonico)

Validazione del Medico Nucleare (data, ev. indicazioni, firma)

Nota: richieste incomplete verranno re-inviolate al richiedente