

	<b>UOC MEDICINA NUCLEARE</b>	MOD08_IOnuclT001_ORG	Pag 1 di 1
	<b>RICHIESTA SCINTIGRAFIA MIOCARDICA PERFUSIONALE CON TEST FARMACOLOGICO/ERGOMETRICO</b>		Rev. 00 Del 31.01.2019

**COGNOME e NOME** .....

Nato il ...../...../..... a .....

Residente a ..... Via ..... TEL .....

Provenienza  Ricoverato/Reparto .....  Esterno

**MEDICO CARDIOLOGO** ..... TEL .....

**DATI ANAMNESTICI**

Fattori di rischio:

Fumo  Pregresso fumo  Ipertensione  Dislipidemia  Diabete  Familiarità

Sintomi:  Dolore toracico tipico  Dolore toracico atipico  Dolore toracico non anginoso  
 Dispnea da sforzo  Altro .....

Cardiopatía ischemica nota:  No

Sì  Pregresso infarto miocardico, sede .....  
 Rivascolarizzazione chirurgica, sede .....  
 Pregsse PTCA, sede .....

Cardiopatía dilatativa con bassa FE  No  Sì

**MOTIVAZIONE DI INDAGINE DI SECONDA ISTANZA**

Diagnostica  Valutativa  Controllo  Altro (*Chirurgia*).....

Test da sforzo (*entro 12 mesi*):

Positivo  Negativo  Dubbio  Non eseguibile:  Limitazioni motorie  
 Incapacità sforzo adeguato  
 ECG non interpretabile  
 Altro .....

Ecostress non eseguibile per .....

Altre indagini cardiologiche eseguite:

Ecocardiogramma .....  Coronaro TC .....  Altro .....

Esame da eseguire in terapia  No  Sì Terapia cardiovascolare da sospendere .....

Presenza di comorbidità rilevanti ai fini delle indagini:

Asma bronchiale severo in terapia  Stato febbrile  Incapacità a rimanere supino

Fornito materiale informativo sull'indagine  No  Sì

**MEDICO RICHIEDENTE**