Cognome _____ **Nome** _____

Nato/a il _____ Comune _____

Residente a _____ via _____

tel. _____ Cellulare _____ E-mail _____

Provenienza □ Degente presso il Reparto di _____

□ Esterno

□ *Ricoverato presso altra Struttura _____

*In caso di prestazioni a pazienti ricoverati presso altra Struttura **è necessario** compilare il Modulo di richiesta Prestazioni (M/919/75) ed inviarlo via fax alla Direzione Sanitaria fax 06-33775326. Il modulo è scaricabile dal sito www.ospedalesantandrea.it alla voce moduli on line.

Medico Referente Dr. _____ tel. _____

PER IL MEDICO RICHIEDENTE:

Le richieste dovranno essere presentate con le seguenti n. 2 impegnative elettroniche:

1)
- *Codice CUR **92.05.F** TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA (G-SPET) DI PERFUSIONE DA STIMOLO FISICO O FARMACOLOGICO*
- *Codice CUR **92.05.E** TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA (G-SPET) DI PERFUSIONE A RIPOSO*
- *Codice CUR **89.01.A** VISITA MEDICO NUCLEARE DI CONTROLLO (se ha già eseguito altri esami da noi)*
- *Codice CUR **89.7B.3** PRIMA VISITA DI MEDICINA NUCLEARE (se non ha mai effettuato altri esami da noi)*

2) *Codice CUR **89.41** TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO **(impegnativa separata dall'altra)***

Tipo di esame □ a riposo □ a riposo e con Dipiridamolo □ a riposo e sotto sforzo

Quesito clinico: _____

_____

Notizie anamnestiche: _____

_____

Condizioni Generali: □ Autosufficiente □ Sedia a rotelle □ Barella

Ipertensione sì □ no □ **Diabete** sì □ no □ **Aritmia** sì □ no □ **Fumo** sì □ no □ **Obesità** sì □ no □

Dislipidemia sì □ no □ **Familiarità per cardiopatia** sì □ no □ **Gravidanza** sì □ no □

By-pass: sede _____**data**_____ **Infarto: sede** _____**data**_____

PTCA sede _____**data**_____

Terapie in corso: _____

ECG basale e da sforzo: sì □ no □ allegare copie dei referti

Ecocardiogramma: effettuati sì □ no □ allegare copie dei referti

Il Medico richiedente (firma e timbro)

Roma lì ,_____ _____

Inviare il modulo e impegnative via fax (06-33776614) o via mail (prenotazioni.mednucleare@ospedalesantandrea.it)

Preparazione prima dell'esame:

- Preferibilmente il paziente dovrebbe essere accompagnato
- Almeno 2 giorni prima dell'esecuzione dell'esame NON BERE bevande contenenti caffeina (thè, caffè, cioccolata, coca-cola) e alcolici.
- Sospendere TERAPIA FARMACOLOGICA previa autorizzazione del cardiologo richiedente o del medico di base, secondo il seguente schema:
  - **3 giorni prima beta-bloccanti (metoprololo, carvedilolo, atenololo, sotalolo);**
  - **2 giorni prima calcio-antagonisti (nifepidina, amlopidina, barnipidina);**
  - **1 giorno prima nitroderivati (trinitrina)**

  Tutti gli altri farmaci devono essere assunti regolarmente
- Eseguire depilazione del torace e della schiena, ove necessario

Il giorno dell'esame:

- Recarsi presso la UOC di Medicina Nucleare (primo piano seminterrato) portando con sé tutta la DOCUMENTAZIONE CLINICA inerente la patologia
- Essere a DIGIUNO
- Portare 2 BARRETTE DI CIOCCOLATA (ESCLUSO PER I DIABETICI) E 2 TRAMEZZINI GRASSI per pranzo (es. maionese e uovo)
- Portare 2 BOTTIGLIETTE DI ACQUA FRIZZANTE
- Indossare tuta e scarpe da ginnastica o in alternativa abbigliamento comodo, evitare di indossare gioielli
- Nel periodo estivo portare un capo in più a maniche lunghe (es. giacchino, felpa, ecc.)
- Tutta la procedura ha una durata di circa 5 ore.

NORME DI RADIOPROTEZIONE PER IL COMPORTAMENTO DOPO L'ESAME

Al termine della procedura occorre evitare contatti ravvicinati e prolungati nel tempo con bambini di età inferiore ai 10 anni e donne in stato di gravidanza per **12 ore**.
E' consentito pranzare assieme ai familiari, dormire col proprio coniuge.
Non si devono osservare particolari attenzioni per l'uso delle stoviglie, della biancheria, lenzuola e asciugamani (si possono lavare con le altre cose in lavatrice), del bagno.
Non vi sono accortezze particolari da seguire per gli animali domestici.
In caso di gravidanza misconosciuta o allattamento, consultare il medico