

**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**
Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia
IRCCS Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia
Presidio Ospedaliero Provinciale Santa Maria Nuova
Arcispedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia
Dipartimento Oncologico e Tecnologie Avanzate
Medicina Nucleare

Il Direttore Angelina Filice



Allegato 1

Richiesta di Indagine Scintigrafica: Ricerca di Linfonodo Sentinella

(da inoltrare via fax al 0522-296153 – per qualsiasi comunicazione tel.0522-296540)

Cognome Nome.....

← o BAR CODE

DAY – HOSPITAL SI NO

UNITA' OPERATIVA OSPEDALE

AMBULATORIALE SI NO

Comunicare l'appuntamento al n° tel

Esame richiesto: O **Ricerca di Linfonodo Sentinella:**

- ☐ **in neoplasia mammaria dx/sn del quadrante**
- ☐ **altra neoplasia**

O **Roll**

Eseguita mammografia

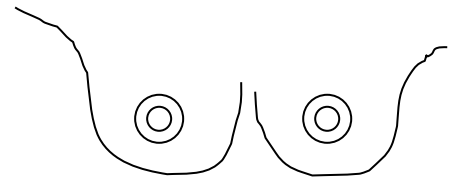
no

si

(n° mammografia

Il nodulo è:

- ☐ Palpabile e indicato con marker cutaneo
- ☐ Non palpabile, ma visibile in ecografia
- ☐ Non palpabile, non visibile in eco, ma solo in mammografia
(La procedura prevede l'iniezione intraparenchimale di piccola quantità di mezzo di contrasto iodato; verificare eventuali allergie della paziente)



Segnare la sede della neoplasia

La paziente sarà sottoposta ad intervento il giorno / / h

Firma e Timbro del Chirurgo (che effettuerà l'intervento)

Firma e Timbro del Medico (eventuale Tutor)

Precisare se il paziente può camminare

si

no

Sedia ☐

Barella ☐

N.B. Le richieste non firmate o incomplete saranno respinte

(PARTE RISERVATA AL SERVIZIO MEDICINA NUCLEARE):

Data di arrivo della richiesta

..... / /

Data di esecuzione dell'esame

..... / /

Comunicazione alla Radiologia

SI
NO

☐
☐