

**ARCISPEDALE S.MARIA NUOVA**  
**Azienda Ospedaliera**  
**Servizio di Medicina Nucleare**  
 Direttore Dott. Annibale Versari

**Richiesta di Indagine Scintigrafica: Ricerca di Linfonodo Sentinella**  
 (da inoltrare via fax al 0522-296153 – per qualsiasi comunicazione tel.0522-296540)

Cognome ..... Nome..... Nato il ...../...../.....
--

← o BAR CODE

DAY – HOSPITAL	SI	NO	
UNITA' OPERATIVA .....			OSPEDALE .....
AMBULATORIALE	SI	NO	

Comunicare l'appuntamento al n° tel .....

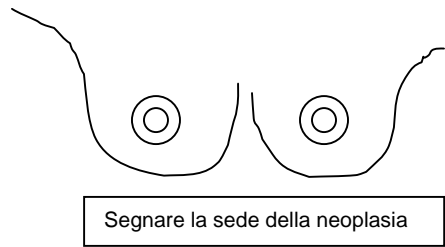
Esame richiesto:  **Ricerca di Linfonodo Sentinella:**

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

**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)



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**