

## MODULO RICHIESTA SCINTIGRAFIA MIOCARDICA

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Provenienza  Degente presso il Reparto di \_\_\_\_\_

Esterno

Medico Referente Dr. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Tipo di esame  stress cicloergometria  stress con dipiridamolo  riposo

Diagnosi (accertata o presunta) e quesito clinico

\_\_\_\_\_

Notizie anamnestiche:

\_\_\_\_\_

Iperensione SI  NO  Diabete SI  NO  Fumo SI  NO  Obesità SI  NO

Asma Bronchiale SI  NO  Familiarità per cardiopatia SI  NO  BPCO SI  NO

By-pass: sede \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Infarto: sede \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

PTCA: sede \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Terapie in corso:

\_\_\_\_\_

ECG Basale: effettuato SI  NO

ECG da sforzo: effettuato SI  NO

Ecocardiogramma: effettuato SI  NO

Medico richiedente (timbro e firma)

Data richiesta \_\_\_\_\_

Inviare il modulo via mail a: [medicinanucleare@aosp terni.it](mailto:medicinanucleare@aosp terni.it)

per informazioni telefonare al 0744/205618 (dalle 10.00 alle 12.00 dal lunedì al giovedì)

Data e ora dell'esecuzione dell'esame saranno comunicate telefonicamente.

**Al momento dell'esecuzione dell'indagine, il paziente dovrà essere preparato secondo le indicazioni di seguito riportate.**

**Preparazione prima dell'esame:**

*Almeno 2 giorni prima dell'esecuzione dell'esame **NON BERE** bevande contenenti caffeina (thè, caffè, cioccolata, chinotto, coca-cola) e alcolici.*

*Sospendere la TERAPIA FARMACOLOGICA secondo il seguente schema e previa autorizzazione del cardiologo richiedente o del medico di base.*

- **3 giorni prima beta-bloccanti (metoprololo, carvedilolo, atenololo, sotalolo etc.);**
- **2 giorni prima calcio-antagonisti (nifepidina, amlolidina, barnipidina etc.);**
- **1 giorno prima nitroderivati (trinitrina etc.).**

**Il medico curante può secondo necessità sostituire i farmaci che andranno sospesi con altri che non rientrino nelle precedenti categorie farmacologiche.**

**Tutti gli altri farmaci devono essere assunti regolarmente.**

**Il giorno dell'esame:**

- Essere a DIGIUNO
- Indossare abbigliamento comodo, per l'esecuzione di un test da stress con cicloergometro (bicicletta) o farmacologico (Dipiridamolo)

**ATTENZIONE: Il paziente sarà radioattivo per le successive 48 ore, durante le quali dovrà prestare attenzione, restando distante da organismi in accrescimento (bambini e donne in gravidanza).**

*I **PAZIENTI ESTERNI** devono presentarsi muniti delle seguenti impegnative presso il box cup (piano -2):*

1. **TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA [G-SPET] DI PERFUSIONE DA STIMOLO FISICO O FARMACOLOGICO.**  
*(codice nomenclatore 92.05.F e/o 81118)*
2. **TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA [G-SPET] DI PERFUSIONE A RIPOSO.**  
*(codice nomenclatore 92.05.E e/o 81117)*
3. **TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO.**  
*(codice nomenclatore 89.41 e/o 14445)*

**Nel caso di rinuncia disdire telefonicamente l'appuntamento al 0744/205496 o 0744/205618.**

**Consegnare al paziente questa pagina come informativa essenziale per l'esecuzione dell'esame.**