IRE ISTITUTO NAZIONALE TUMORI REGINA ELENA ISG ISTITUTO DERMATOLOGICO SAN GALLICANO

ISTITUTI DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO

Modulo di richiesta di prenotazione di prestazioni in Equipe Medicina Nucleare ALPI- Intramuraria da inviare al fax n. 06.5266.6011

Al Servizio di Medicina Nucleare

Nome …… Cognome ……..

Cod. fiscale……

Luogo e data di nascita ……

Via ……n. ….. Cap…… Comune ……

Recapiti telefonici ……

SPECIFICARE CON UNA X L'ESAME RICHIESTO:

92.18.3_0	RICERCA DI METASTASI DI TUMORI TIROIDEI	€ 400,00
92.16.1_0	SCINTIGR. LINFATICA E LINFOGHIAND. SEGMEN.	€ 450,00
92.14.2_0	SCINTIGR. OSSEA O ARTIC. SEGMEN. POLIFASICA	€ 300,00
92.13_0	SCINTIGRAFIA DELLE PARATIROIDI	€ 400,00
92.18.2_0	SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE	€ 200,00
92.15.1_0	SCINTIGRAFIA POLMONARE PERFUSIONALE	€ 200,00
92.03.3_2	SCINTIGRAFIA RENALE SEQUENZIALE	€ 200,00
92.01.3_0	SCINTIGRAFIA TIROIDEA	€ 150,00
	TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA (SPET) PERFUSIONALE Solo dopo nostra visita cardiologica e test ergometrico (NO DIPRIDAMOLO) **si prenota come segue**: **92.03.3_2** - scintigrafia renale sequenziale con prov. Farm € 250,00 **92.03.3_3** - scintigrafia renale sequenziale € 198,00	€ 550,00
92.18.7_0	PET/TC TOMOSCINTIGRAFIA GLOBALE	€ 1.100,00

Data…… Firma del richiedente ……

Si verrà contattati dal Servizio di Medicina Nucleare per il giorno e l'orario dell'appuntamento

---

Parte riservata al Servizio Medicina Nucleare

Appuntamento per il giorno ……..alle ore ……

(inviare al fax n. 6014)

Nota Bene per il paziente: Il pagamento deve essere effettuato con **bancomat o carta di credito**. Qualora fosse in contanti solo dell'importo esatto.