

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

**Nome …………………………………. Cognome ……………………………………….**

**Cod. fiscale…………………………………………………………………………………**

**Via ………………………..……………….n. ….. Cap………… Comune ….……….**

**Recapiti telefonici ………………………………………………………………..……….**

**Indirizzo mail ………………………………………………………………………………**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 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. 6878 o 5254 oppure alla mail servizioalpi@ifo.gov.it)**

**Nota Bene per il paziente:** Il pagamento puo’ essere effettuato con **bonifico bancario il giorno dell’esame oppure carta/bancomat recandosi in accettazione il giorno stesso dell’esame alle ore 14.**

**Modalità di pagamento tramite bonifico bancario:**

IBAN: IT58J0200805316000400000886 Unicredit Banca di Roma Ag.065 –

Intestato a: ISTITUTI FISIOTERAPICI OSPITALIERI

**Nella causale specificare OBBLIGATORIAMENTE:**

Cognome e Nome del paziente, prestazione eseguita e data

Inviare attestato di pagamento alla mail: **servizioalpi@ifo.gov.it**