

**Modulo di richiesta di prenotazione di prestazioni in Medicina Nucleare ALPI- Intramuraria**

**Compilare in stampatello ed inviare a: servizioalpi@ifo.it**

Nome ..... Cognome .....

Codice fiscale .....

Recapito telefonico .....

Indirizzo mail per invio fattura .....

		Tariffa compreso bollo
92.18.8_0	SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON IODIO-131	€ 411,00
92.18.9_0	SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON IODIO-131 con stimolazione farmacologica (Tireotropina alfa)	€ 411,00
92.16.1_0	SCINTIGRAFIA LINFATICA E LINFOGHIAND. SEGMEN.	€ 461,00
92.18.7_0	SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTIC. SEGMEN. TRIFASICA	€ 310,00
92.13.2_0	SCINTIGRAFIA DELLE PARATIROIDI CON INDAGINE TOMOGRAFICA	€ 411,00
92.18.2_0	SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE GLOBALE CORPOREA	€ 208,00
92.15.1_0	SCINTIGRAFIA POLMONARE PERFUS. STUDIO QUANT. FUNZ. POLM.	€ 206,00
92.03.3_2	SCINTIGRAFIA RENALE SEQUENZIALE (senza prova Farmacologica)	€ 208,00
92.03.3_3	SCINTIGRAFIA RENALE SEQUENZIALE(con prova Farmacologica)	€ 258,00
92.01.3_0	SCINTIGRAFIA TIROIDEA	€ 158,00
92.09.9_0	TOMOSCINTIGRAFIA [SPET] MIOCARDICA DI PERFUSIONE DOPO STIMOLO (NO DIPRIDAMOLO) Da aggiungere il costo della Visita Cardiologica e del Test da Sforzo del Cardiologo	€ 303,00
92.05.E_0	TOMOSCINTIGRAFIA [SPET] MIOCARDICA DI PERFUSIONE A RIPOSO	€ 258,00
92.18.C_0	PET/TC TOMOGRAFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI (PET) GLOBALE <b>CORPOREA CON FDG</b>	€ 1.124,00
92.18.D_0	PET/TC TOMOGRAFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI (PET) GLOBALE <b>CON ALTRI FARMACI</b>	€ 1.124,00

Data..... Firma del richiedente .....

Si verrà contattati **direttamente dalla Medicina Nucleare** per il giorno e l'orario dell'appuntamento

**Parte riservata al Servizio Medicina Nucleare**

Appuntamento per il giorno .....alle ore .....(inviare alla mail: servizioalpi@ifo.it)

**Nota Bene per il paziente:** Il pagamento può essere effettuato con **bonifico bancario** il giorno dell'esame oppure con carta/bancomat alle casse ALPI, il giorno dell'esame dalle 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.it**

**ISTITUTI FISIOTERAPICI OSPITALIERI**

Via Elio Chianesi, 53 00144 Roma C.F. 02153140583 P.IVA 01033011006

**UOS ALPI**