



ASL Bari

PugliaSalute

P.O. DI VENERE BARI SUD  
U.O.C. MEDICINA NUCLEARE  
Direttore: Dott. Domenico Rubini  
Segreteria: 0805015259 – 0805015313  
E-mail: po-divenere.nucleare@asl.bari.it

**MODULO RICHIESTA LINFOSCINTIGRAFIA + RICERCA  
RADIOGUIDATA INTRAOPERATORIA DEL LINFONODO SENTINELLA**

COMPILARE DETTAGLIATAMENTE IN OGNI SUA PARTE E TRASMETTERE VIA MAIL: [po-divenere.nucleare@asl.bari.it](mailto:po-divenere.nucleare@asl.bari.it)

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

Luogo di residenza \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

Regime di ricovero \_\_\_\_\_

Chirurgo Responsabile dell'intervento \_\_\_\_\_ Istituzione \_\_\_\_\_ Telefono e Fax \_\_\_\_\_

LUN     MAR     MER     GIO     VEN

Giorni di accesso alla sala operatoria \_\_\_\_\_

Data e ora dell'intervento chirurgico programmato \_\_\_\_\_ giorno \_\_\_\_\_ mese \_\_\_\_\_ anno \_\_\_\_\_ ora \_\_\_\_\_

K MAMMARIO     MELANOMA     ALTRO

Patologia di base \_\_\_\_\_

Sede e Dimensioni della lesione \_\_\_\_\_

AGOASPIRATO     PRELIEVO MICROISTOLOGICO     BIOPSIA

Citologia/Istologia (allegare alla presente richiesta copia del referto citologico/istologico)

SI'     NO

Interventi chirurgici (indicare data e tipo di intervento e/o allegare alla presente richiesta copia della lettera di dimissione)

ETG MAMMARIA     MAMMOGRAFIA     RM MAMMARIA     TC     ALTRO

Esami strumentali (allegare alla presente richiesta copia del referto)

DATA: \_\_\_\_\_

MEDICO RICHIEDENTE (timbro e firma): \_\_\_\_\_