



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

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): _____