

ZUWEISUNG ZUR RADIONUKLIDTHERAPIE MIT 131-JOD

MODULO RICHIESTA TERAPIA CON 131-IODIO

ZUNAME - COGNOME

NAME - NOME

GEBURTSDATUM - DATA DI NASCITA

HERKUNFT (Stadt) - PROVENIENZA (Città)

TELEFON - TELEFONO

ZUWEISENDER ARZT - MEDICO REFERENTE

TELEFON - TELEFONO

- GESUNDHEITSBEZIRK BOZEN - COMPENSORIO SANITARIO DI BOLZANO
 GESUNDHEITSBEZIRK MERAN - COMPENSORIO SANITARIO DI MERANO
 GESUNDHEITSBEZIRK BRIXEN - COMPENSORIO SANITARIO DI BRESSANONE
 GESUNDHEITSBEZIRK BRUNECK - COMPENSORIO SANITARIO DI BRUNICO

ART DES CHIRURGISCHEN EINGRIFFS UND DESSEN DATUM - DATA E TIPO DI INTERVENTO ALLA TIROIDE

TNM _____ HISTOLOGIE - ISTOLOGIA _____

TYREOGLOBULIN (unter Suppression) - TIREOGLOBULINA (in soppressione) _____ ng/ml Anti-Tg-Ak - Ab Htg _____ U/ml

TSH _____ FT3 _____ FT4 _____

KALZITONIN - CALCITONINA _____ KALZIUM - CALCIO _____ CEA _____ GLYKÄMIE - GLICEMIA _____

SELBSTVERSORGEND - AUTOSUFFICIENTE NEIN - NO JA - SI

ERHALTENE LEBERFUNKTION - FUNZIONALITÀ EPATICA CONSERVATA NEIN - NO JA - SI

ERHALTENE NIERENFUNKTION - FUNZIONALITÀ RENALE CONSERVATA NEIN - NO JA - SI

LATEXALLERGIE - ALLERGIA AL LATTICE NEIN - NO JA - SI

ANDERE ALLERGIEN - ALTRE ALLERGIE NOTE _____

DYSPHAGIE - DISFAGIA NEIN - NO JA - SI

KÖRPERGEWICHT - PESO KG _____

BEGLEITERKRANKUNGEN UND LAUFENDE THERAPIEN (Dokumentation beifügen) - PATOLOGIE ASSOCIATE E TERAPIE IN CORSO (allegare documentazione)

SUBSTITUTIONSTHERAPIE MIT L-THYROXIN - TERAPIA SOSTITUTIVA CON LEVOTIROXINA SODICA

NEIN - NO JA - SI Datum Beginn - Data inizio _____ Dosierung - Dosaggio _____

VORHERIGE THERAPIEN MIT 131-JOD - PRECEDENTI TRATTAMENTI CON 131-IODIO

NEIN - NO JA - SI Datum - Data _____ Gesamtdosis - Dose cumulativa _____

Der Zuweisung hinzufügen:

Kopien voriger Untersuchungen, vor allem **ULTRASCHALL**, SZINTIGRAPHIE, CT; Kopie von histologischen Befund; Kopie von **BLUTBILD** und **URINPROBE**

Da allegare alla richiesta:

copia degli esami strumentali, in particolare **ECOGRAFIA**, SCINTIGRAFIA, TC, copia del referto istologico; copia di **EMOCROMO**, **ESAMI DELLE URINE**

Zuweisender Arzt (Stempel und Unterschrift) - Medico richiedente (firma e timbro)

Datum - Data _____