

Esami supplementari

Esame	Data
Densitometria ossea	___/___/___
Ecografia paratiroidi (se PTH>500)	___/___/___
Scintigrafia paratiroidi (se PTH>50)	___/___/___
Prove spirometriche (>50anni)	___/___/___
ECG da sforzo	___/___/___
Scintigrafia miocardica	___/___/___
Coronarografia	___/___/___
Ecografia prostatica trans-rettale (>50anni;PSA>4ng/ml;PSALib./Tot.<25%)	___/___/___
AngioRMN encefalo (se con rene policistico)	___/___/___
Biopsia Epatica (se HCV e HbsAg/HbcAb positivi con viremia o >livelli di GOT e GPT)	___/___/___
EGDS con HP test	___/___/___
Colonscopia	___/___/___
TC addome con o senza mdc	___/___/___

N.B.: allegare fotocopie referti

NOTE

Data

Firma del MEDICO compilatore