

## Richiesta PET/TC Cerebrale

Da inviare alla Segreteria della S.C. di Medicina Nucleare (fax 040/399 3382 – email : [medicina-nucleare@asugi.sanita.fvg.it](mailto:medicina-nucleare@asugi.sanita.fvg.it))

### Tipo di esame:

- oncologico  
 non oncologico

### Radiofarmaco:

[ ] <sup>18</sup>F-FDG    [ ] <sup>18</sup>F-BETA-AMILOIDE    [ ] <sup>18</sup>F-DOPA    [ ] <sup>18</sup>F-FET(tirosina)

Il presente modulo va compilato in tutte le sue parti altrimenti non verrà preso in considerazione. Si rammenta inoltre che la decisione sull'esecuzione dell'indagine spetta allo specialista Medico Nucleare, secondo normative vigenti.

### Dati del paziente

Cognome		Nome	
Data di Nascita		Residenza	
Peso		Altezza	
Telefono			

### Provenienza

Reparto			
Medico richiedente		Telefono	
Day Hospital	Esterno	Ricovero	

### Notizie cliniche necessarie

DIABETE (per <sup>18</sup> F-FDG)	no	si	ADO	insulina
CLAUSTROFOBIA	no	si		
ALLETTATO	no	si	AUTOSUFFICIENTE/COLLABORANTE	no    si
EPILESSIA	no	si		

Terapie in atto \_\_\_\_\_

### Quesito diagnostico :

Esami radiologici (indicare tipologia e data): \_\_\_\_\_

PET eseguite	no	si	data ultima PET		positiva	negativa
Chemioterapia	no	si	data ultimo ciclo		ciclo/n° cicli	
Radioterapia	no	si	data ultimo ciclo		sede	
Chirurgia	no	si	data intervento			

Note:

Data \_\_\_\_\_

FIRMA DEL MEDICO e timbro (leggibile) \_\_\_\_\_

**Data e ora dell'esame verranno comunicate telefonicamente o via fax/email**