

Richiesta PET/TC

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

Tipo di esame:

- Total Body oncologico
 Total Body non oncologico
 Segmentaria
 Cardiaca

Radiofarmaco:

¹⁸F-FDG ¹⁸F-Colina/ ¹⁸F-Fluciclovina ¹⁸F-DOPA ¹⁸F-NaF

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 ¹⁸ F-FDG)	no	si	ADo	insulina
CLAUSTROFOBIA	no	si		
ALLETTATO	no	si	AUTOSUFFICIENTE/COLLABORANTE	no si

Quesito diagnostico:

<input type="checkbox"/> Valutazione pre-chirurgica	<input type="checkbox"/> Ristadiazione	<input type="checkbox"/> Controllo in corso di terapia		
<input type="checkbox"/> Valutazione post-terapia	<input type="checkbox"/> Puntualizzazione reperto dubbio	<input type="checkbox"/> Ripresa/progressione		
PET eseguite	no si	data ultima PET	positiva	negativa
Chemioterapia	no si	data ultimo ciclo	ciclo/n° cicli	
Immunoterapia	no si	data ultima somm.		
Radioterapia	no si	data ultimo ciclo	sede	
Chirurgia	no si	data intervento		
Markers tumorali	_____ <input type="checkbox"/> negativi <input type="checkbox"/> in aumento <input type="checkbox"/> in riduzione			

Data _____

FIRMA DEL MEDICO e timbro (leggibile) _____

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