

Nome e Cognome*		PET TOTAL BODY	
		PET SEGMENTARIA	
		PET CEREBRALE	
		PET CARDIACA	
Data di nascita*		Peso*	
Telefono paziente*		Altezza*	
Indirizzo residenza*			
Codice Fiscale*			
L'esame verrà eseguito in regime *	di ricovero No Sì	ambulatoriale No Sì	Ospedale di _____
Telefono Ospedale		Fax Ospedale	
Diabete * No Sì →	Terapia insulinica	Terapia orale	

NOTIZIE ANAMNESTICHE

--

QUESITO CLINICO / DIAGNOSI*

--

TERAPIA

CHEMIOTERAPIA*	No Sì	ultima eseguita in data:
RADIOTERAPIA*	No Sì	ultima eseguita in data:
Terapia in CORSO (alcuni farmaci -es. cortisonici, antiepilettici- possono influenzare i valori di glicemia e quindi l'efficacia dell'indagine):		

ESAMI RADIOLOGICI e/o MEDICO-NUCLEARI ESEGUITI PIU' DI RECENTE

NB: Il paziente deve portare con sè le lastre originali ed i relativi referti nel giorno d'esame

TAC	No Sì → data:		
RMN	No Sì → data:		
altro	No Sì → data:		
MARKERS TUMORALI (per esame oncologico)	Tipo	Data	Risultato
INTERVENTI CHIRURGICI			

Telefono del Medico richiedente.....

Il Medico Richiedente (timbro e firma)

Data richiesta.....

P.S. Data e ora dell'esame saranno comunicate telefonicamente o via fax.

*Nota: le informazioni richieste in questo modulo sono indispensabili per una corretta valutazione dell'esame.