

A cura del Medico richiedente.

Il presente modulo va compilato in stampatello in tutte le sue parti in quanto le informazioni richieste sono indispensabili per una corretta valutazione dell'esame.

Data e ora dell'esame saranno comunicate dalla segreteria telefonicamente.

ESAME RICHIESTO

<input type="checkbox"/> 92.18.C	Tomografia ad emissione di positroni [PET] globale corporea con FDG			
<input type="checkbox"/> 92.18.D	Tomografia ad emissione di positroni [PET] globale corporea con altri farmaci	<input type="checkbox"/> ¹⁸ F-Colina	<input type="checkbox"/> ¹⁸ F-Dopa	<input type="checkbox"/> ¹⁸ F-PSMA
<input type="checkbox"/> 92.05.7	Tomografia ad emissione di positroni [PET TC] miocardica con FDG			
<input type="checkbox"/> 92.11.6	Tomografia ad emissione di positroni [PET] cerebrale con FDG:			
<input type="checkbox"/> 92.11.A	Tomografia ad emissione di positroni [PET] cerebrale con altri radiofarmaci	<input type="checkbox"/> ¹⁸ F-FET	<input type="checkbox"/> ¹⁸ F-Amiloide	<input type="checkbox"/> ¹⁸ F-Dopa

DATI PAZIENTE

Cognome e Nome del paziente	
Data e luogo di nascita	
Peso (kg)	
Altezza (cm)	
Indirizzo Residenza (via, Città)	
Telefono paziente	
Se paziente ricoverato	
Ospedale di/Reparto	
Telefono Reparto	

NOTE ANAMNESTICHE

Diabete si no **Terapia insulinica** si no **Terapia orale** si no

Quesito Clinico/Diagnosi:

Chemioterapia:	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	Ultima eseguita il				
Radioterapia:	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	Ultima eseguita il				
Terapia farmacologica in atto						
Esami radiologici o medico-nucleari eseguiti (da portare in originale il giorno d'esame)	TAC: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	Data :				
	RM: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	Data :				
	PET/CT: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	Data :				
	Altro:					
INTERVENTI CHIRURGICI	Data:	Tipo di intervento:				
					
					
MARKER TUMORALI (per esame oncologico)	Tipo	Data	Risultato			

Telefono MEDICO RICHIEDENTE _____

Firma e Timbro del Medico _____

Data Richiesta: