

**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"/> <sup>18</sup> F-Colina	<input type="checkbox"/> <sup>18</sup> F-Dopa
<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"/> <sup>18</sup> F-FET	<input type="checkbox"/> <sup>18</sup> F-Anti-Amiloide <input type="checkbox"/> <sup>18</sup> F-Dopa

**DATI PAZIENTE**

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

**NOTE ANAMNESTICHE**

Diabete si  no     Terapia insulinica si  no     Terapia orale si  no

**Quesito Clinico/Diagnosi:**

<b>Chemioterapia:</b>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	Ultima eseguita il				
<b>Radioterapia:</b>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	Ultima eseguita il				

Terapia farmacologica in atto

<b>Esami radiologici o medico-nucleari eseguiti</b> (da portare in originale il giorno d'esame)	<b>TAC:</b> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Data :				
	<b>RM:</b> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Data :				
	<b>PET-CT:</b> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Data :				

Altro:

<b>INTERVENTI CHIRURGICI</b>	Data:			Tipo di intervento: ..... .....

MARKER TUMORALI (per esame oncologico)	Tipo	Data	Risultato

Telefono MEDICO RICHIEDENTE \_\_\_\_\_

Firma e Timbro del Medico \_\_\_\_\_

Data Richiesta: .....