



MEDICINA NUCLEARE Centro PET-CT
 Direttore ff Marta Zaroccolo
 Tel.: 0444-752605 Fax: 0444-931331
 Email: medicina.nucleare@aulss8.veneto.it

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: **PET-CT Total-body** con: F18-FDG F18-Colina F18-Dopa

Codici prestazione da inserire nell'impegnativa (codici CVP)	PET-CT Total Body: 92.18.6 + 92.18.9 (quantità 2)
	PET-CT Segmentaria: 92.12.9 + 92.18.9 (quantità 2)

Esame richiesto: **PET-CT Cerebrale** con: F18-FDG F18-Amiloide F18-Dopa F18-FET

Codici prestazione da inserire nell'impegnativa (codici CVP)	PET-CT Cerebrale: 92.11.6 + 92.18.9 (quantità 2)
--	--

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	
Presso l'Ospedale di	
Reparto/Servizio	
Telefono Reparto/Servizio richiedente	
FAX 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				
Campo trattamento radioterapico:						
Farmaci (alcuni farmaci possono influenzare la glicemia, determinando falsi risultati negativi)	Terapia 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:
