



Modulo di prenotazione per Tomoscintigrafia Globale Corporea PET con [18F]Colina

Cognome _____ Nome _____ F M

Data e luogo di nascita ____/____/____ Peso (Kg) _____ Altezza (cm) _____

Claustrofobico Si No Barellato Si No Gravidanza Si No Autosufficiente Si No

Indirizzo _____ Città _____

Prov _____ CAP _____ Codice Fiscale _____

Tel _____ Cellulare _____ Fax _____ e-mail _____

Provenienza Ambulatoriale Ricoverato Ospedale _____ Reparto _____

RICHIESTA DI PRESTAZIONE:

PET Total Body PET per pianificazione radioterapia

INDICAZIONI CLINICHE E SINTOMI: Neoplasia Prostata Altro _____

PSA (valore e data _____) (L'esame non può essere eseguito per valori di PSA < 0,2 ng/ml)

Diagnosi Istologica e stadio della neoplasia _____

Prostatectomia si no Data intervento _____

Radioterapia si no Data ultimo ciclo _____

Terapia ormonale si no

Altro _____

Livello appropriatezza (per prestazioni oncologiche) n°/.....(Dossier 124 RER)

QUESITO CLINICO:

Diagnosi Stadiazione iniziale Ristadiazione Valutazione Risposta a Chemio/Radioterapia

Protocollo di studio Altro _____

Altri markers tumorali: si no

Tipo	Data	Risultato
_____	_____	_____

Medico Proponente _____ Firma del Medico Proponente _____

Data _____ Telefono _____ Fax _____

Informazioni anamnestiche:

Data ultimo esame PET _____

Data ultimo esame TAC _____

Data ultimo esame RMN _____

Data ultimo intervento chirurgico _____ Data ultima procedura biptica _____

N.B.: L'ICONOGRAFIA E TUTTA LA DOCUMENTAZIONE CLINICA DOVRA' ACCOMPAGNARE IL PAZIENTE AL MOMENTO DELL'EFFETTUAZIONE DELL'INDAGINE PET.

Tel. 0521-703746
 Tel. 0521-703043

Fax 0521/703266

e-mail: MedicinaNucleare@ao.pr.it

[18F]-colina