

Modulo di prenotazione per Tomoscintigrafia PET con [18F]DOPA

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 cerebrale

INDICAZIONI CLINICHE E SINTOMI: Neoplasia _____

Diagnosi Istologica e stadio della neoplasia _____

Malattia neurodegenerativa _____

Altro _____

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

QUESITO CLINICO:

Diagnosi Stadiazione iniziale Ristadiazione Valutazione Risposta a Terapia

Follow-up Protocollo di studio Altro _____

Markers tumorali: si no

Tipo	Data	Risultato
_____	_____	_____

TERAPIA IN CORSO O ESEGUITA:

Altro _____

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

Fax 0521/703266

e-mail: MedicinaNucleare@ao.pr.it

Tel. 0521-703043

[18F]-DOPA