



Modulo di prenotazione per Tomoscintigrafia Globale Corporea PET con ¹⁸F-FDG

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
 Diabete Si No _____ Terapia insulinica/terapia orale Si No _____
 Indirizzo _____ Città _____
 Prov _____ CAP _____ Codice Fiscale _____
 Tel _____ Cellulare _____ Fax _____ e-mail _____
 Provenienza Ambulatoriale Ricoverato Ospedale _____ Reparto _____

RICHIESTA DI PRESTAZIONE:

PET Total Body con ¹⁸F-FDG PET segmentaria (specificare regione _____)

INDICAZIONI CLINICHE E SINTOMI: Neoplasia Polmonare Linfoma Melanoma Nodulo Polmonare
 Neoplasia Colon-Rettale Neoplasia Esofagea Neoplasia Mammella Neoplasia Testa-Collo (non tiroide e SNC) Epilessia Vitalità miocardia Altro _____

Diagnosi Istologica _____

Stadio della neoplasia _____

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

QUESITO CLINICO:

Diagnosi Stadiazione Iniziale Ristadiazione Valutazione Risposta a Chemio/Radioterapia
 Protocollo di studio Altro _____

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 ciclo chemioterapia _____ N° cicli chemioterapia _____
 Data fine radioterapia _____ Data ultimo ciclo _____
 Data ultimo intervento chirurgico _____ Data ultima procedura biptica _____

IL MODULO VA COMPILATO IN TUTTE LE SUE PARTI. LE RICHIESTE INCOMPLETE SARANNO RESPINTE.
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]-FDG