



UNITÀ OPERATIVA COMPLESSA DI
MEDICINA NUCLEARE
Dir. f.f. Dott. Angelo D. Di Nicola

MN_MOD_11

Revisione 02

26/11/2024

MODULO ESAME PET-TC GLOBALE CORPOREA

Per una corretta valutazione della richiesta, si prega di **compilare IN STAMPATELLO, in tutte le sue parti** (pena l'annullamento), il presente modulo ed inviarlo in formato **pdf**, unitamente alla COPIA DELL'IMPEGNATIVA prescritta per l'esame (**PET-TC TOTAL-BODY** e **VISITA MEDICINA NUCLEARE**) e alle copie di tutta la recente documentazione clinica, per email a medicinanucleare.pet@asl.pe.it, nell'oggetto nome e cognome paziente.

Per informazioni contattare **085 4252793 - 085 4252260 - 085 4252981 - 085 4252895 - 0854252620**

18F-FDG

18F-Colina

18F-PSMA

18F-DOPA

COGNOME PAZIENTE _____ NOME PAZIENTE _____

Nato il _____ a _____ Codice Fiscale _____

Residente a _____ Prov. _____ Via _____

Tel. _____ Cell. _____ e-mail _____

indicare numeri utili da contattare per eventuali comunicazioni e/o chiarimenti

PROVENIENZA: **ESTERNO** **INTERNO** (caricato sul sistema), specificare Ricovero SDAC DH Art. 1

MEDICO RICHIEDENTE: _____ Tel. _____

PATOLOGIA DI BASE: **ONCOLOGICA** **INFETTIVA/INFIAMMATORIA**

Notizie anamnestiche: _____

Quesito clinico: _____

Caratterizzazione
Metabolica

Completamento
di stadiazione

Ristadiazione
per sospetta recidiva

Valutazione risposta al
trattamento

Interventi chirurgici (tipo e data): _____

Radioterapia (sede del trattamento e data): _____

Chemioterapia/tp biologica (tipo e data ultimo ciclo): _____ Prossimo ciclo data: _____

Markers tumorali (es. PSA, Ca 19,9 ecc): _____

Terapia in corso (relativa alla patologia di base): _____

Condizioni paziente: Autosufficiente/Deambulante Carrozzina Barella Altro, specificare _____

↳ **Peso** _____ kg **Altezza** _____ cm **Diabete:** NO SI Antidiabetici orali Insulina **Claustrofobico:** NO SI

1° Esame PET

PET di controllo successiva alla prima

Data ultima PET eseguita: ____/____/____

**Prossimo controllo specialistico
ambulatoriale programmato**

in data: ____/____/____

**Eventuale data/periodo utile per
eseguire la PET:** _____

Data _____ Timbro e firma Medico richiedente _____

Data e ora dell'esame verranno comunicati telefonicamente circa 5/7 giorni prima dell'appuntamento

PER PAZIENTI AMBULATORIALI (ESTERNI) LEGGERE ATTENTAMENTE LE ISTRUZIONI SUL FOGLIO ALLEGATO

N.B. Si rammenta, che la decisione dell'esecuzione dell'indagine, spetta al Medico Nucleare, secondo l'art.5 del D.Lgs. 187/2000.