



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

MN_MOD_10

Revisione 02

26/11/2024

MODULO ESAME CEREBRALE

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 CEREBRALE / TOMOSCINTIGRAFIA CEREBRALE (SPET)** 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 4252895 - 085 4252981 - 085 4252620**

PET-TC	SPET
<input type="checkbox"/> 18F-FDG cerebrale <input type="checkbox"/> Tracciante β -amiloide <input type="checkbox"/> 18F-DOPA	<input type="checkbox"/> 123I-loflupano (DaTSCAN)

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 NEURODEGENERATIVA

Notizie anamnestiche: _____

Quesito clinico: _____

Terapia farmacologica (INDISPENSABILE): _____

MMSE: ____/30 Test Neuropsicologici: NO SI in data: ____/____/____

Imaging radiologico cerebrale: RM TC in data: ____/____/____

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

➡ **Peso** ____ kg **Altezza** ____ cm **Diabete:** NO SI Antidiabetici orali **Claustrofobico:** NO SI
 Insulina

<input type="checkbox"/> 1° Esame PET <input type="checkbox"/> 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.