



Richiesta esame PET-TC globale corporea Modulo di prenotazione

18F-FDG 18F-Colina 18F-Fluciclovina 18F-DOPA

Per valutare la corretta indicazione all'esame, si prega di compilare IN STAMPATELLO il presente modulo che, **compilato in tutte le sue parti, pena l'annullamento della richiesta**, dovrà essere inviato via email a medicinanucleare.pet@asl.pe.it, specificando il cognome del paziente nell'oggetto della email.

ATTENZIONE!!

- Allegare al presente modulo la COPIA DELL'IMPEGNATIVA prescritta per questo esame.
- Allegare le copie dei referti degli eventuali esami radiologici e/o medico nucleari eseguiti in precedenza.

Cognome e nome:

Luogo e data di nascita:

CF:

Residente a:

Prov.

Via:

Tel.

Cell.

Email:

Provenienza =>

Ambulatoriale

Ricoverato in:

Medico richiedente:

Tel.

Mobilità paziente =>

Deambulante

Carrozzina

Barella

Patologia di base =>

Oncologica

Infettiva/inflammatoria

Notizie anamnestiche e 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 previsto in data:

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

Terapia in corso (relativa alla patologia di base):

1° Esame PET

Controllo

Data ultima PET eseguita: ___/___/___

Prossimo controllo specialistico ambulatoriale programmato in
data: ___/___/___

Eventuale data/periodo utile per eseguire la PET:
___/___/___

Claustrofobia:

NO SI

Peso e
altezza:

Kg _____ cm _____

Diabete:

NO SI

Antidiabetici orali
 Insulina

Data

Il Medico richiedente
(timbro e firma)

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

Data e ora dell'esame verranno comunicati telefonicamente