

RICHIESTA DI ESAME PET

Cognome e Nome del Paziente _____

Nato il _____ a _____

Residente a _____ Via _____ Tel.: _____

Provenienza Ricoverato _____ Reparto _____

Esterno

Medico Referente _____ Tel.: _____

Tipo di Esame

<input type="checkbox"/> PET Total Body con ¹⁸ F-FDG	<input type="checkbox"/> PET Total Body con F- DOPA
<input type="checkbox"/> PET Total Body con Gallio	<input type="checkbox"/> PET Total Body con F- Colina
<input type="checkbox"/> PET Segmentaria (specificare segmento _____)	<input type="checkbox"/> ALTRO _____

Notizie Anamnestiche:

Quesito clinico: _____

Claustrofobia si no **Peso Kg** _____

Diabete si no **Terapia insulinica/Terapia ipoglicemizzante orale**

Terapie in atto: _____

Esami radiologici eseguiti: allegare copie referti

Esami medico nucleari: effettuati si no

(allegare copia referti se eseguiti in altra sede)

ATTENZIONE! Il materiale radiografico o fotografico, in originale o in copia, dovrà accompagnare il paziente al momento dell'effettuazione dell'indagine PET)

Markers tumorali: (specificare tipo e data _____)

Interventi
si no (specificare data e sede corporea _____)

Radioterapia
si no (specificare data e sede corporea ultimo trattamento _____)

Chemioterapia
si no (specificare data ultimo trattamento _____)

Il Medico Richiedente (Firma e Timbro)

Data, _____ / _____ / _____

**NB: il presente modello va compilato in ogni sua parte. Le richieste incomplete saranno respinte
DATA E ORA DELL'ESAME VERRANNO COMUNICATI TELEFONICAMENTE O VIA FAX**