



S.C. Medicina nucleare

Richiesta esame PET/CT con ⁶⁸Ga-PSMA

(Telefono 0165 543311 Fax 0165 543655)

Dati anagrafici del paziente

Cognome _____
Nome _____
Data di nascita _____
Indirizzo _____
Telefono _____

Peso (Kg) _____ Altezza (cm) _____

Provenienza ☐ Ambulatoriale ☐ D.H.
☐ Ospedale di _____
☐ Reparto _____

Medico richiedente

Dott. _____ Reparto _____ Telefono _____

Diagnosi oncologica _____

Istologico _____ PSA: (ng/dL) _____

Quesito clinico _____

Notizie anamnestiche: _____

Altre patologie concomitanti _____

Chirurgia

☐ SÌ Tipo di intervento _____ (data _____) ☐ NO

Terapie in atto _____ Ormonoterapia ☐ SÌ ☐ NO

Chemioterapia:

☐ SÌ data ultimo ciclo _____ ☐ NO

Ago-aspirato/biopsia (o altra procedura):

☐ SÌ sede _____ ☐ NO

Radioterapia:

☐ SÌ data ultimo ciclo _____ ☐ NO

Il pz è claustrofobico:

☐ SÌ ☐ NO

Esame da effettuare preferibilmente intorno alla data _____

Precedenti esami (☐ PET/CT – ☐ RM – ☐ TC): eseguite presso _____ ☐ NO

N.B. La documentazione radiologica/medico nucleare/di laboratorio (es. markers), in originale od in copia, dovrà accompagnare il paziente al momento dell'effettuazione dell'indagine PET-Ga68-PSMA.

Data _____

Timbro e firma del medico richiedente

INFORMAZIONI UTILI ALL'ESECUZIONE DELL'ESAME

Per appuntamenti al mattino ore 8.30: digiuno dalla sera precedente

Per appuntamenti alle ore 12.30: colazione leggera e poi digiuno dalle ore 8.00

E' consentito bere acqua

La richiesta (impegnativa) deve riportare la seguente dicitura: PET/CT TOTAL-BODY CON 68Ga-PSMA 92.18.8

RICORDARSI DI PORTARE OGNI DOCUMENTAZIONE CLINICA UTILE IN POSSESSO