



S.C. Medicina nucleare

Richiesta esame PET/CT con ¹⁸F-FDG

(Telefono 0165 543311 Fax 0165 543655)

Dati anagrafici del paziente

Peso (Kg) _____ Altezza (cm) _____

Provenienza Ambulatoriale
 D.H.
 Ospedale di _____
 Reparto _____

Modalità di trasporto (se ricoverato)

a piedi in carrozzella
 in barella con il letto

Medico richiedente

Dott. _____ Reparto _____ Telefono _____

Diagnosi oncologica _____

Istologico _____

Quesito clinico _____

Indicazione all'esame: diagnosi stadiazione risposta alla terapia
 restaging ripresa di malattia pianificazione terapeutica

Notizie anamnestiche: _____

Altre patologie concomitanti _____

Chirurgia

SÌ Tipo di intervento _____ (data _____) 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

Diabete/Intolleranza al glucosio: SÌ NO

Terapia SÌ Insulina Ipoglicemizzanti orali (Metformina) NO

Esame da effettuare preferibilmente intorno alla data _____

PET precedenti: SÌ 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-FDG.

Data _____

Timbro e firma del medico richiedente _____

Per i pazienti ambulatoriali, l'impegnativa del medico curante deve riportare la seguente dicitura: PET/CT TOTAL-BODY CON ¹⁸F-FDG.