



S.C. Medicina nucleare

Richiesta esame PET/CT con ¹⁸F-Fluoruro

(Telefono 0165 543311 Fax 0165 543655)

Dati anagrafici del paziente

Cognome _____
Nome _____
Data di nascita _____
Sesso _____
Telefono _____

Peso (Kg) _____ Altezza (cm) _____

Provenienza Ambulatoriale D.H.
 Ospedale di _____
 Reparto _____

Medico richiedente

Dott. _____ Reparto _____ Telefono _____

Diagnosi oncologica _____

Istologico _____

Quesito clinico _____

Notizie anamnestiche: _____

Terapie in atto _____

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

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

INFORMAZIONI UTILI ALL'ESECUZIONE DELL'ESAME

Non è necessario il digiuno

La richiesta (impegnativa) deve riportare la seguente dicitura: PET/CT TOTAL-BODY CON 18F-FLUORURO
RICORDARSI DI PORTARE OGNI DOCUMENTAZIONE CLINICA UTILE IN POSSESSO