



S.C. Medicina nucleare

## Richiesta esame PET/CT con <sup>68</sup>Ga-DOTA

(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 e indice di proliferazione (Ki 67: \_\_\_\_\_ %)

Quesito clinico \_\_\_\_\_

Notizie anamnestiche: \_\_\_\_\_

Terapie in atto \_\_\_\_\_

Attenzione: terapie in atto con Somatostatina o suoi analoghi (soprattutto se a rilascio protratto) potrebbero interferire con la somministrazione diagnostica di <sup>68</sup>Ga-Dotatoc; si consiglia di concordare l'esame in data più lontana possibile dalla ultima somministrazione terapeutica del farmaco.

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 o Scintigrafia con OCTREOSCAN:  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-Ga68-DOTA.

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma del medico richiedente \_\_\_\_\_

### INFORMAZIONI UTILI ALL'ESECUZIONE DELL'ESAME

#### Colazione leggera e digiuno dalle ore 7.00

La richiesta (impegnativa) deve riportare la seguente dicitura: PET/CT TOTAL-BODY CON <sup>68</sup>Ga-DOTA 92.18.11

RICORDARSI DI PORTARE OGNI DOCUMENTAZIONE CLINICA UTILE IN POSSESSO