

**AZIENDA OSPEDALIERA VILLA SOFIA-CERVELLO**  
**STRUTTURA COMPLESSA DI MEDICINA NUCLEARE**  
**CENTRO PET/CICLOTRONE**  
**Direttore Dr. A. MORECI**  
**Tel 0917804234 Fax 0917804062**  
**email: medicinanucleare@villasofia.it**

**RICHIESTA ESAME PET-CT con <sup>18</sup>F-FDG**

Paziente\* \_\_\_\_\_ deambulante  in carrozzina  barellato

Data (gg/mm/aaaa)\* \_\_\_\_\_

COGNOME\* \_\_\_\_\_ NOME\* \_\_\_\_\_

Nato il \* \_\_\_\_\_ Peso\* \_\_\_\_\_ Kg Altezza\* \_\_\_\_\_ m

Unità Operativa \_\_\_\_\_ Referente: dott. \_\_\_\_\_

Telefono paziente\* \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

\* Campi obbligatori

**Notizie anamnestiche:**

**Interventi** no  si  (data \_\_\_\_\_ e sede \_\_\_\_\_)

**Radioterapia** no  si  (data \_\_\_\_\_ e sede ultimo trattamento \_\_\_\_\_)

**Chemioterapia** no  si  (data \_\_\_\_\_ e tipo ultimo trattamento \_\_\_\_\_)

**Diagnosi** (accertata o presunta):

**Quesito clinico:**

Diabete: no  si  Terapia Insulinica  Ipoglic.Orale

**Terapie in atto:**

Esami radiologici eseguiti: data \_\_\_\_\_ tipo \_\_\_\_\_ (allegare copie dei referti)

Esami PET effettuati: no  si  (allegare copie dei referti)

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

Markers tumorali: tipo \_\_\_\_\_ data esami \_\_\_\_\_

Claustrofobia: no  si

**Note eventuali**

**N.B. Il presente modello va compilato in ogni sua parte. Le richieste incomplete non potranno essere evase.**

**Prescrizioni: DIGIUNO da almeno 6 ore!**

Consigliabile l'assunzione di acqua (non altre bevande)

**MEDICO RICHIEDENTE**

\_\_\_\_\_

---

**NON COMPILARE la parte seguente:**

Prenotato il: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ ore: \_\_\_\_\_

Tempo previsto di permanenza, ore: \_\_\_\_\_