

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

RICHIESTA ESAME PET-CT con ¹⁸F-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: _____