

**Centro di Medicina Nucleare Calabrese**  
**di Giuseppe Calabrese & C. S.a.s.**  
**Via S. Pietro in Lama,3 km – 73100 Lecce Tel: 0832.612120 Fax 0832614545**  
**mail:info@medicinanucleare.net**

**MODULO RICHIESTA ESAME PET-CT CON 18F-FCOLINA**

*Il presente modulo va compilato in stampatello correttamente in tutte le sue parti per una corretta prenotazione dell'esame PET/CT A norma dell'art. 111 D.lgs n. 230, la decisione circa l'appropriatezza e l'esecuzione dell'esame è di esclusiva competenza del Medico Nucleare.*

Cognome Nome ..... F  M   
Data e luogo di nascita.....Peso (Kg).....Altezza (cm).....  
Claustrofobico Si  No  Barellato Si  No  Allattamento Si  No   
Autosufficiente Si  No   
Città .....Prov ..... Tel .....Cellulare..... Fax.....  
Provenienza:  Esterna  Interna Ospedale (Reparto.....)

**TIPO di PRESTAZIONE RICHIESTA:**

- PET/CT Total body con 18F-FCOLINA  
 URGENTE ENTRO .....  
 CONTROLLO PROGRAMMATO ENTRO .....

Diagnosi Istologica.....

**QUESITO CLINICO:**

- Caratterizzazione lesione  Stadiazione Iniziale  Ristadiazione  Valutazione Risposta a terapia  
 Altro.....

**PSA:** si no

Tipo Data Risultato

Medico Specialista Proponente \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_ fax

**INFORMAZION ANAMNESTICHE**

Precedente esame PET( / / ):.....  
Precedente esame TC ( / / ):.....  
Precedente esame RM ( / / ):.....  
Data ultimo ciclo chemioterapia ..... N° cicli chemioterapia .....  
Radioterapia (sede..... termine trattamento.....)  
Interventi chirurgici (sede..... data .....)  
Data ultima procedura biptica e sede .....

**Nell'impegnativa del medico curante indicare**

- PET/CT Total body + visita medico nucleare
- **controindicazioni all'esame: gravidanza presunta o accertata**
- 

*Da inviare alla segreteria del CENTRO DI MEDICINA NUCLEARE CALABRESE 0832.612120 Fax 0832614545  
Data e ora dell'esame verranno comunicati telefonicamente o via fax*