

**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 – www.medicinanucleare.net

MODULO RICHIESTA ESAME PET-CT

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 NomeF M
Data e luogo di nascita.....Peso (Kg).....Altezza (cm).....

Claustrofobico Si No Barellato Si No Allattamento Si No

Autosufficiente Si No Diabete Si No Terapia ipoglicemizzante Orale Insulina

CittàProv TelCellulare..... Fax.....

Provenienza: Esterna Interna Ospedale (Reparto.....)

TIPO di PRESTAZIONE RICHIESTA:

- PET/CT Total body con **18F-FDG**
- PET/CT Encefalo con 18F-FDG
- PET/CT Total body + encefalo con 18F-FDG.....)
- PET/CT Total body con F.Colina.....)
- URGENTE ENTRO
- CONTROLLO PROGRAMMATO ENTRO

INDICAZIONI CLINICHE:

- Linfoma Melanoma Nodulo Polmonare Neoplasia Colon-Rettale
- Neoplasia Esofagea Neoplasia Mammella Neoplasia Testa-Collo (non tiroide e SNC)
- Patologia SNC Vitalità miocardia Altro

Diagnosi Istologica.....

QUESITO CLINICO:

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

Markers Tumorali: si no

Tipo Data Risultato

Medico Specialista Proponente _____ telefono _____ fax _____

INFORMAZIONI 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 bioptica e sede

Nell'impegnativa del medico curante indicare

- PET/CT Total body + visita medico nucleare oppure, in relazione al sospetto clinico
- PET/CT Total body + PET/CTencefalo + 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

Glicemia mg7dl.....Ora ultima somministrazione di farmaci.....