



ASCOLI PICENO

MARCHE

U.O.C. Medicina Nucleare

P.O. "C. e G. Mazzoni"

via degli Iris 1, 63100 Ascoli Piceno

Modulo Prenotazione

PET/CT con ¹⁸F-COLINA Per IPERPARATIROIDISMO

DDI-MNU-IOP17ORG-MOD 07

Pag. 1 di 1

Approvato
Dott.ssa B. Rossi

Rev. 0
Del
01/02/2024

Esame PET/TC con Fluorocolina (18F) per la localizzazione preoperatoria di paratiroidi iperfunzionanti in pazienti con iperparatiroidismo primitivo già diagnosticato / SNLG – ISS <https://www.iss.it/-/snlg-gestione-terapeutica-iperparatiroidismo>.
Linee guida EANM 2021 – Eur J Nucl Med Mol Imaging - Determina dell’Agenzia Italiana del Farmaco del 28/09/2021 ai sensi della Legge 23 Dicembre 1996, n. 648)

Egregio Collega, la preghiamo di compilare (in stampatello) il presente modulo di richiesta in tutte le sue parti e di riconsegnarlo alla segreteria della nostra UO o inviarlo via e-mail /fax, per consentire la corretta valutazione dell’indicazione all’esame PET/TC. La data e le istruzioni per l’esecuzione dell’esame verranno comunicate dopo il ricevimento del presente modulo e della richiesta con i seguenti codici:

Tipo di esame: TOMOSCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA (PET)

Codice ministeriale 92.18.6

Cognome e Nome

Nato il/...../..... **Comune**

Residente **Via**

tel. **cell.** **E-MAIL**

Provenienza:

- DH
- Ricoverato (Reparto/Ospedale)
- Esterno

Medico_Riferente **tel.** **E-MAIL**

Claustrofobia sì no **PESO (kg)** _____ **ALTEZZA (cm)** _____

Paziente: Autonomo In barella In carrozzina

Diagnosi (accertata o presunta), quesito diagnostico _____

Notizie anamnestiche _____

Terapie in atto: _____

Iperparatiroidismo

Ultimo valore PTH _____ **data** _____ **Penultimo valore PTH (se effettuato)** _____ **data** _____

Ultimo valore Vit. D _____ **data** _____ **Ultimo valore Calcemia** _____ **data** _____

Ultima Ecografia o TC/RM del collo (da esibire su CD se eseguiti in altra sede) sintesi _____

Scintigrafia con 99mTc-Sestamibi (da esibire su CD se eseguita in altra sede): sintesi _____

Pressa chirurgica del collo sì no **data** _____ **Esito** _____

Tireopatie concomitanti sì no _____

Insufficienza renale sì no **Osteopenia/Osteoporosi** sì no **Fratture** sì no

ALTRO _____

DATA _____

Il Medico Richiedente
(Firma e Timbro)

Richiesta + impegnativa da Inviare:
oppure

via fax: 0736 358319
via e-mail : AV5.nucleare@sanita.marche.it