U.O.C MEDICINA NUCLEARE *Direttore: Dott.ssa Brunella Rossi*	**MODULO RICHIESTA** **PET/CT CEREBRALE** **^{18}F-FDG**	DDI-MNU-IOP17.ORG-MOD 01 VER 02	Pag. 1 di 1
		Approvazione Dott.ssa B. Rossi	Del 15/05/2019

***Nota: le informazioni richieste in questo modulo sono indispensabili per una corretta valutazione dell'esame.**

Cognome e Nome ……

Nato il …../……/……. …… **Comune** ……

Residente a …… **via**……

tel…… **cell.**:……**e-mail**……

Provenienza :

□ DH

□ Ricoverato (Reparto/Ospedale)……

□ Esterno

Medico Referente……**tel**……

e-mail…… **Centro CDCD**……

Tipo di esame: ☐ **TOMOSCINTIGRAFIA (PET) CEREBRALE-Studio qualitativo**

Codice ministeriale ***92.11.6***

Diagnosi (accertata o presunta), quesito clinico:

……

……

……

Notizie anamnestiche: ……

……

……

……

Claustrofobia □ si □ no **Altezza**:…… **Gravidanza:** ☐ No ☐ Sì **PESO kg**……..

Paziente : □ **Autonomo** □ **In barella** □ **In carrozzina**

Diabete □ si □ no **Terapia insulinica**: □ si (tipo di insulina:……)

Terapia Ipoglicemizzante orale: □ NO □ SI (se SI, usa metformina? □ SI □ NO)

Terapie in corso:

……

……

Esami radiologici eseguiti: allegare copie dei referti

Esami medico-nucleari: effettuati **No** ☐ **Sì** ☐ allegare copie dei referti se eseguiti in altra sede

(**al momento dell'effettuazione dell'indagine PET esibire anche indagini su CD**)

……

……

N.B.: -LO STATO DI GRAVIDANZA, PRESUNTA O ACCERTATA, CONTROINDICA L'ESECUZIONE DELL'INDAGINE.
-AVVERTIRE IL MEDICO RIGUARDO UN EVENTUALE STATO DI ALLATTAMENTO PER INDICAZIONI SPECIFICHE AL RIGUARDO.

Il Medico Richiedente

Data……

……

Richiesta + impegnativa da Inviare:	**via fax :** **0736 358319**
oppure	**via e-mail :** **AV5.nucleare@sanita.marche.it**