U.O.C MEDICINA NUCLEARE *Direttore: Dott.ssa Brunella Rossi*	**MODULO RICHIESTA** **PET/CT GLOBALE CORPOREA con ^{18}F-FDG**	DDI-MNU-IOP17.ORG-MOD 01	Pag. 1 di 1
		Approvazione Dott.ssa B. Rossi	Rev. 02 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……

Tipo di esame: □ **TOMOSCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA (PET)**
Codice ministeriale ***92.18.6***

Diagnosi (accertata o presunta), quesito clinico:
……
……
Notizie anamnestiche ……
……
……
……

Claustrofobia □ si □ no **PESO kg**…….
Paziente : □ **Autonomo** □ **In barella** □ **In carrozzina** **Gravidanza Sì** □ **No** □
Diabete □ si □ no Terapia insulinica: □ si (tipo di insulina:……..)
Terapia Ipoglicemizzante orale: □ NO □ SI (se SI, usa metformina? □ SI □ NO)
Terapie in atto:
……
……
Indagini radiologiche, di laboratorio o precedenti PET eseguiti: (**al momento dell'effettuazione dell'indagine PET esibire anche indagini su CD**)
……
Markers tumorali (specificare tipo e data)……
INTERVENTI CHIRURGICI (data e sede anatomica)……
RADIOTERAPIA (data e sede ultimo trattamento)……
CHEMIOTERAPIA (specificare data ultima somministrazione)……
ALTRE TERAPIE ONCOLOGICHE (biologici, fattori di crescita, etc)
……

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.

Data **Il Medico Specialista**

…… ……

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