



**U.O.C MEDICINA NUCLEARE**  
Direttore: Dott.ssa Brunella Rossi

**MODULO RICHIESTA**  
**PET/CT CEREBRALE**  
**<sup>18</sup>F-AMILOIDE**

DDI-MNU-IOP17.ORG-MOD 01 VER 02

Pag. 1 di 1  
Rev. 01  
Del  
15/05/2019

Approvazione  
Dott.ssa B. Rossi

**\*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:**

- Sospetto diagnostico sindromico:  Decadimento Cognitivo Lieve o MCI
- Demenza di Alzheimer Possibile                       Demenza di Alzheimer Probabile                       Demenza Atipica
- Demenza Fronto-temporale                       Demenza Vascolare                       Demenza a corpi di Lewy                       Altro

**Notizie anamnestiche:** .....

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

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

**Diabete**                       si     no

**Terapie in corso:**

**Esami radiologici eseguiti:** TC, RM allegare copie dei referti (se eseguiti in altra sede)

**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 Specialista**

**Data**.....

.....

<b>Richiesta + impegnativa da Inviare:</b>	<b>via fax :</b> <b>0736 358319</b>
	<b>oppure</b> <b>via e-mail : <a href="mailto:AV5.nucleare@sanita.marche.it">AV5.nucleare@sanita.marche.it</a></b>