



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

MODULO RICHIESTA
PET/CT GLOBALE CORPOREA
con ¹⁸F-COLINA

DDI-MNU-IOP17ORG-MOD 06

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

Claustrofobia si no

PESO kg.....

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

Diagnosi (accertata o presunta), quesito clinico:

.....
.....

Notizie anamnestiche:

.....
.....

Terapie in atto:

.....
.....

Gleason score.....

Ultimi 3 valori del PSA :

PSA1ng/ml (data...../...../.....) **PSA2**ng/ml (data/...../.....) **PSA3**.....ng/ml (data...../...../.....)

Indagini radiologiche, di laboratorio o precedenti PET eseguiti: (al momento dell'effettuazione dell'indagine

PET esibire se possibile anche indagini su CD se eseguiti in altra sede):

.....
.....

INTERVENTI CHIRURGICI (data e sede anatomica)

RADIOTERAPIA (data e sede ultimo trattamento)

CHEMIOTERAPIA (data ultima somministrazione).....

TERAPIA ORMONALE: TIPO..... In corso Sospesa in data.....

ALTRO.....

Il Medico Richiedente

Data.....

.....

Richiesta + impegnativa da Inviare:

oppure

via fax :

0736 358319

via e-mail :

AV5.nucleare@sanita.marche.it