

MODULO RICHIESTA PET-CT

Radiofarmaco: ¹⁸F-FDG ¹⁸F-Dopa ⁶⁸Ga-Dotatoc F-etiltirosina
 ¹⁸F-tracciante Amiloide ¹⁸F-FColina
 (indicare Gleason alla diagnosi _____)
 TNM _____)

Dati del paziente

Cognome		Nome	
Data di nascita		Residenza	
Peso		Altezza	
Telefono			
Patologia di riferimento			
Quesito clinico			
Periodo richiesto			

Terapie

Chemioterapia	no	si	data ultimo ciclo		Ciclo/n°cicli	
Immunoterapia	no	si	data ultima somm.			
Radioterapia	no	si	data ultimo ciclo		Sede	
Chirurgia	no	si	data intervento			
Terapia steroidea	no	si				

Markers tumorali (Ca 15.3 – Ca 125 – CEA – PSA – CgA)

	data	risultato	data	risultato
	data	risultato	data	risultato

Allegare RELAZIONE CLINICA e REFERTO di precedenti indagini diagnostiche :
 (PET – SCINTIGRAFIE - TC – RMN – ECOGRAFIE - ESAMI ISTOLOGICI ...)

Notizie cliniche necessarie

DIABETE (per ¹⁸ F-FDG)	no	si	terapia antidiabetica in atto	ADo	Insulina
<i>N.B. L'indagine PET/CT non può essere eseguita in caso di glicemia >= 180 mg/dl</i>					
CLAUSTROFOBIA	no	si			
ALLETTATO	no	si	AUTOSUFFICIENTE/COLLABORANTE	no	si

Campo di scansione:

base cranica - diafisi femorali corporea globale (dal vertice cranico ai piedi) Segmentaria
 comprendere anche il capo

Provenienza

Medico richiedente		Telefono	
<input type="checkbox"/> Esterno	<input type="checkbox"/> Ricoverato	<input type="checkbox"/> Pre-Ric	<input type="checkbox"/> Post-Ric <input type="checkbox"/> DH
Reparto			

Data.....

Timbro e firma.....

N.B. Il modulo di richiesta non verrà preso in considerazione se non correttamente compilato o mancante di dati essenziali per un'adeguata informazione diagnostica . Si rammenta inoltre che la decisione sull'esecuzione dell'indagine spetta allo specialista Medico Nucleare, secondo normative vigenti.