

 Carlo Poma 	RICHIESTA PET/CT	MOD10 PrSUOMN02 Data 17/12/2024 Rev. 3 Pagina 1 di 1
--	---------------------------	---

- ☐ PET/CT 18F-FDG Globale Corporea
☐ PET/CT 18F-FDG Cerebrale
- ☐ PET/CT 18F-Colina
☐ PET/CT 18F-PSMA
- ☐ PET/CT per ricerca Amiloide

DATI DELL'UTENTE: (incollare eventuale etichetta):

Cognome:.....Nome.....Nato/a il.....

Residente a:.....Via:.....N°.....

Telefono:.....

Peso kg:.....**Altezza cm:**.....

- ☐ Esterno
☐ DH / APO
☐ Ricoverato Reparto:.....
- ☐ Deambulante
☐ Carrozzina
☐ Letto
☐ Barella
☐ O2 (lt/min.....)
- ☐ Diabete: si no ☐ insulina
☐ ipoglicemizzanti orali
☐ Dieta
- ☐ Allergie:.....
Claustrofobia: ☐ si ☐ no

MEDICO REF: Dott.....Rep.....Osp.....Tel.....

Quesito Diagnostico.....

Anamnesi.....

.....

.....

Markers (tipo e data):.....

Interventi Chirurgici (tipo e data):.....

Radioterapia (data ultima seduta):.....

Chemioterapia o Immunoterapia (schema e data ultimo tratt):.....

Altre indagini (allegate copia referti): ☐ TC ☐ RM ☐ Ecografia ☐ Medicina Nucleare

Sintesi risultati:.....

NOTE:.....

N.B. Per le donne in età fertile escludere assolutamente lo stato di gravidanza o allattamento.

Per i pazienti esterni è necessario allegare l'impegnativa medica elettronica.

Data:...../...../.....

Il Medico (timbro e firma)

.....