

## MODULO RICHIESTA PET-CT

**Radiofarmaco:**     <sup>18</sup>F-FDG                       <sup>18</sup>F-Dopa                       <sup>68</sup>Ga-Dotatoc                       F-etiltirosina  
                           <sup>18</sup>F-tracciante Amiloide                       <sup>18</sup>F-FColina                       <sup>68</sup>Ga-PSMA  
 (indicare Gleason alla diagnosi \_\_\_\_\_)  
 TNM \_\_\_\_\_)

**Dati del paziente**

Cognome		Nome	
Data di nascita		Residenza	
Peso		Altezza	
Telefono			
Patologia di riferimento			
Quesito clinico			
<b>Periodo richiesto</b>			

**Terapie**

Chemioterapia/Immunot.	no	sì	data ultimo ciclo		Ciclo/n° cicli	
Fattori di crescita	no	sì	data ultima somm.			
Radioterapia	no	sì	data ultimo ciclo		Sede	
Chirurgia	no	sì	data intervento			
Terapia steroidea	no	sì				

**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 <sup>18</sup> F-FDG)	no	sì	terapia antidiabetica in atto	ADo	Insulina
<i>N.B. L'indagine PET/CT non può essere eseguita in caso di glicemia &gt;= 180 mg/dl</i>					
CLAUSTROFOBIA	no	sì			
ALLETTATO	no	sì	AUTOSUFFICIENTE/COLLABORANTE	no	sì

**Prestazioni prenotabili: impegnativa corretta**

PET-TC globale corporea con FDG                       PET-TC cerebrale con FDG  
 PET-TC globale corporea con radiofarmaco non altrimenti specificato                       PET-TC cerebrale con radiofarmaci non altrimenti specificati

**Campo di scansione: specificare**

Senza estremità (base cranica diafisi femorali)                       Comprendere anche il capo  
 Total body (comprende studio fino ai piedi)                       Cerebrale (segmentaria)

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.**