CRO
AVIANO

CENTRO DI RIFERIMENTO ONCOLOGICO
ISTITUTO NAZIONALE TUMORI – AVIANO
ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO DI DIRITTO PUBBLICO (D.I. 31/07/90)

Via Franco Gallini, 2 – 33081 AVIANO-PN – Italy – C.F.-P.I. 00623340932 – Tel.39-0434-659111 – Fax 39-0434-652182

Dipartimento di Oncologia Radioterapica e di Diagnostica per immagini
STRUTTURA OPERATIVA COMPLESSA DI RADIOLOGIA – Direttore dr. Luca Balestreri

Segreteria Tel. 0434/659650 – dalle ore 10:00 alle ore 12:30; fax 0434/659505;e-mail: radiologia@cro.it

MODULO DI RICHIESTA PER RISONANZA MAGNETICA DI PROSTATA

quali dei 3 protocolli si richiede?

☐ **1 - Staging pre-chirurgico**

Con bobina endorettale, permette la miglior risoluzione per differenziare T2 da T3.
Include scansioni morfologiche, diffusione e perfusione e comprende i linfonodi pelvici.
Indicato per stadiazione pre-chirurgica e sorveglianza attiva.
Opzione: no contrasto (allergia, insuff.renale)

☐ **2 - Solo Prostata**

Con bobina endorettale, limitato allo studio solo della prostata con tutti i parametri dello studio multi-parametrico: include scansioni morfologiche, diffusione, perfusione e spettroscopia.
Indicato per pianificazione di biopsia, sorveglianza attiva, follow up, PSA elevato e biopsia negativa.
Opzione: no contrasto (allergia, insuff.renale)

☐ **3 - Stadiazione locoregionale**

Senza bobina endorettale, per valutare la estensione locale e la situazione pelvico/addominale di linfonodi e ossa. Include scansioni morfologiche e in diffusione.
Indicato per pianificazione pre-Radioterapia.

Indicazione/storia clinica.....
.....

Data ultima biopsia.....**Risultato**.....

Valore PSA.....**Data Prelievo**.....

Precedenti esami RM.....**Data**.....

Precedenti ecografie.....**Data**.....

Obiettività clinica.....

Medico Richiedente.....**Data**.....

Priorità esame:
1 urgente (1/15 giorni)
2 differibile (2/3 mesi)
3 controllo (specificare.....)

Mezzo di contrasto:
SI
NO (allergia, insuff. renale.……..……....)