

DIREZIONE SANITARIA - Centro Unico Prenotazioni Ambulatoriali (C.U.P. Amb.)

DIPARTIMENTO DI SCIENZE RADIOLOGICHE STRUTTURA COMPLESSA DI MEDICINA NUCLEARE  
(Direttore: Dott. Vincenzo FRUSCIANTE)

### MODULO RICHIESTA ESAME PET-TAC ONCOLOGICO CON 18F- FDG

Il presente modulo va compilato in stampatello correttamente in tutte le sue parti per una corretta prenotazione dell'esame PET-TAC. A norma dell'art.111 D.S.L. n.230, la decisione circa l'appropriatezza e l'esecuzione dell'esame è di esclusiva competenza del Medico Nucleare.

Numero Tessera Sanitaria o Codice Fiscale.....

COGNOME.....NOME.....

Luogo e data di nascita.....

Residenza.....Via.....N°.....Cap.....

Tel..... Fax.....

Cell..... email.....

---

Sezione da compilare a cura del Medico Richiedente

Medico Richiedente.....tel.....fax.....

QUESITO CLINICO \*.....

\* compilare in conformità alle linee guida allegate

Peso Kg .....Altezza.....

Note anamnestiche.....

Barrare la voce interessata

Stadiazione  Ristadiazione  Controllo durante Terapia  Controllo post Terapia

Chemioterapia Sì  No  se sì, data ultimo ciclo.....

Radioterapia Sì  No  se sì, data ultimo ciclo.....

Interventi di chirurgia oncologica.....

Diabete Sì  No  Terapia insulinica Sì  No  Ipoglicemizzanti orali Sì  No

Claustrofobia Sì  No  Barellato Sì  No  Gravidanza/Allattamento Sì  No

Esami radiologici / medico nucleari (allegare se possibile fotocopia).....

Markers tumorali Data Risultato

.....

Firma e timbro del Medico Richiedente

Data.....

Da inviare alla Segreteria CENTRO PET n° FAX 0882 416452 tel 0882 416450

Data e ora dell'esame verranno comunicati telefonicamente o via fax

Esibire al momento dell'esame tutta la documentazione inerente la patologia motivo dell'esame

---

#### SPAZIO RISERVATO AL CENTRO PET

Glicemia mg/dl.....Ora ultima somministrazione farmaci.....

Note.....