CASA SOLLIEVO DELLA SOFFERENZA

ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO
OPERA DI SAN PIO DA PIETRELCINA
SAN GIOVANNI ROTONDO (FG)
DIPARTIMENTO ONCO-EMATOLOGICO

CENTRO PET
(Responsabile: Dott. Elio Perrone)

MODULO RICHIESTA ESAME PET-TAC (18F- FDG) ONCOLOGICO CON TC DIAGNOSTICA CON MDC

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** ☐ **data ultimo ciclo**……

Radioterapia **Sì** ☐ **No** ☐ **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** ☐

Allergie al mdc iodato **Sì** ☐ **No** ☐ **Altre note allergie** **Sì** ☐ **No** ☐

Si possono escludere ipertireosi, insufficienza renale o epatica grave, paraproteinemia di Waldenstrom, mieloma multiplo, grave sofferenza miocardica o cardio-respiratoria, e asma bronchiale **Sì** ☐ **No** ☐

N.B. *:per l'esecuzione dell'esame sono necessari i seguenti esami ematochimici da esibire al momento dell' esame: azotemia, glicemia, creatininemia, emocromo con formula leucocitaria, ves, elettroforesi proteica.*

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

……

Markers tumorali **Negativi** ☐ **In aumento** ☐ **Valore**_____ ☐ *non disponibili*

Firma e timbro del Medico Richiedente

Data……. **……**

Da inviare alla Segreteria CENTRO PET n° FAX 0882 416452 tel 0882 416450 email centropet@operapadrepio.it
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