



Richiesta di esame PET con F-FDG

Cognome e Nome del Paziente _____

Nato il _____ a _____

Residente a _____ Via _____ Tel.: _____

Provenienza Ricoverato Esterno Reparto _____

Medico Referente _____ Tel.: _____

Tipo di Esame PET Total Body PET Segmentaria (specificare segmento _____)

Notizie Anamnestiche:

Quesito clinico: _____

Claustrofobia si no Peso Kg _____
Diabete si no Terapia insulinica/Terapia ipoglicemizzante orale

Terapie in atto: _____

Esami radiologici eseguiti: allegare copie referti
Esami medico nucleari: effettuati si no (allegare copia referti se eseguiti in altra sede)

ATTENZIONE! Il materiale radiografico o fotografico, in originale o in copia, dovrà accompagnare il paziente al momento dell'effettuazione dell'indagine PET

Markers tumorali: (specificare tipo e data _____)

Interventi
si (specificare data e sede corporea _____)
no

Radioterapia
si (specificare data e sede corporea ultimo trattamento _____)
no

Chemioterapia
si (specificare data ultimo trattamento _____)
no

Data, _____ / _____ / _____

Il Medico Richiedente (Firma e Timbro)

N.B.: Il presente modello va compilato in ogni sua parte. Le richieste incomplete saranno respinte.

DATA E ORA DELL'ESAME VERRANNO COMUNICATI TELEFONICAMENTE O VIA FAX