# SC MEDICINA NUCLEARE

Segreteria 03213733264 - mail: mednuc@maggioreosp.novara.it

## R_MN-8-001 MODULO DI RICHIESTA ESAME PET-CT

**Reparto richiedente** _____

Medico Referente _____ Cell. _____

**DATI DEL PAZIENTE**

**Cognome e Nome** _____nato/a a _____

il _____ Letto n° _____ Peso_____ (Kg) altezza (cm) _____

□ deambulante □ in carrozzina □ in barella

## DIAGNOSI ALL'INGRESSO E QUESITO CLINICO:

_____

_____

_____

**NB – la richiesta deve essere corredata di tutta la documentazione clinica (TAC, RM, visite, ecc.) inerente la patologia indicata.**

## TIPO DI ESAME RICHIESTO:

□ **PET Total Body con 18F-FDG**
Allegare impegnativa con i seguenti codici:
89.01.A – Visita Medicina Nucleare di controllo
92.18.C – Tomografia ad emissione positroni (PET-TC)
Globale corporea con FDG

□ **PET Cerebrale con 18F-FDG**
Allegare impegnativa con i seguenti codici:
89.01.A – Visita Medicina Nucleare di controllo
92.18.C – Tomografia ad emissione positroni (PET) con FDG

□ **PET Total Body con 18F-FDG – ALTRI FARMACI (PSMA-COLINA-DOPA)**
Allegare impegnativa con i seguenti codici:
89.01.A – Visita Medicina Nucleare di controllo
92.18.D – Tomografia ad emissione positroni (PET)
Globale corporea con altri radiofarmaci

□ **PET Cerebrale con 18F-FDG – ALTRI FARMACI (AMILOIDE-DOPA)**
Allegare impegnativa con i seguenti codici:
89.01.A – Visita Medicina Nucleare di controllo
92.11.A – Tomografia ad emissione positroni (PET)
Cerebrale con altri radiofarmaci

| ANAMNESI | | | |
|---|---|---|---|
| Il paziente ha subito interventi di chirurgia oncologica? | NO | SI | Data e tipo ultimo intervento: |
| Il paziente è stato sottoposto a recenti biopsie? | NO | SI | Data e sede ultima biopsia: |
| Il paziente è diabetico/intollerante al glucosio? | NO | SI | Terapia antidiabetica in atto: |
| Il paziente ha eseguito cicli di chemioterapia? | NO | SI | Data ultimo ciclo: |
| Il paziente ha eseguito cicli di radioterapia? | NO | SI | Data ultimo ciclo: |

Data: _____ Timbro e firma del medico richiedente _____

Rif. P_MN_8-001 Percorso organizzativo PET

R: GdL V: GdV A: Dir. SC Emissione: gg/mm/aa Vers.x

| Redatto: xxxxxxxxxxxxxxxx | *Verificato:* xxxxxxxxxxxxxxxx | *Approvato:* *Dir. SC Medicina Nucleare* | Data emissione: xx/xx/xxxx | Vers. x Xx/xx/xxxx |
|---|---|---|---|---|
| *Nome file.doc.* | | | | *Pag. 2 di 2* |