



S.C.D.O. di MEDICINA NUCLEARE

Direttore ff. Dott. Gian Mauro Sacchetti
Tel 0321-3733385/264 - Fax (0321) 3733637
e-mail: mednuc@maggioreosp.novara.it

MODULO RICHIESTA ESAME PET-CT CON ¹⁸F-FDG IN ONCOLOGIA

Reparto richiedente:

Letto n°:

Medico referente:

Numero di tel:

Dati anagrafici del paziente

Cognome Nome

Data di nascita Peso (kg) Altezza (cm)..... Il paziente è

a piedi
 in carrozzina
 in barella

1. Diagnosi all'ingresso:.....
.....
2. Quesito clinico:.....
.....
.....
3. Altre patologie concomitanti:

Tipo di esame richiesto: PET total body PET cerebrale oncologica

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:
Il paziente ha in corso/sospetta una gravidanza?	NO	SI	
Il paziente ha in corso l'allattamento?	NO	SI	

N.B. La documentazione radiologica/medico nucleare/di laboratorio (es. markers), in originale o in copia, dovrà accompagnare il paziente al momento dell'esecuzione dell'indagine PET-FDG.

Pregasi compilare tutti i campi; le richieste incomplete o non sufficientemente motivate saranno respinte.

Data:

Timbro e firma del medico richiedente

Visto accettazione.....