



A.S.L. BI  
Azienda Sanitaria Locale  
di Biella



A.S.L. VC  
Azienda Sanitaria Locale  
di Vercelli



UPO  
UNIVERSITÀ DEL PIEMONTE ORIENTALE

## REGIONE PIEMONTE

ASL NO - AZIENDA SANITARIA LOCALE DI NOVARA ASL BI - AZIENDA SANITARIA LOCALE DI BIELLA  
ASL VCO - AZIENDA SANITARIA LOCALE VERBANO CUSIO OSSOLA ASL VC - AZIENDA SANITARIA LOCALE DI VERCELLI  
AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA "MAGGIORE DELLA CARITA' " - NOVARA

### MODULO RICHIESTA PET-CT CON <sup>18</sup>F-FDG - Paz. ONCOLOGICI

## C.A.S. AOU NOVARA

Tel 0321- 373 3878/ 3879 - Fax (0321) 373 3985 - Email: [cas@maggioreosp.novara.it](mailto:cas@maggioreosp.novara.it)

### STRUTTURA RICHIEDENTE

AOU  ASL OSPEDALE: ..... REPARTO richiedente: .....

### ANAGRAFICA PAZIENTE

COGNOME NOME \_\_\_\_\_

LUOGO E DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_ SESSO  M  F

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_ CITTADINANZA \_\_\_\_\_

COMUNE di RESIDENZA \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) REGIONE \_\_\_\_\_

Rif. Telefonici del Paziente: .....

### TIPO DI ESAME RICHIESTO

PET Total Body

PRIMA DIAGNOSI

FOLLOW UP

PESO PZ. (kg) ..... ALTEZZA (cm) ..... Il paziente è:  a piedi  in carrozzina  in barella

### NOTIZIE CLINICHE

1. **DIAGNOSI:** .....

2. **QUESITO clinico:** .....

3. **Altre PATOLOGIE concomitanti:** .....

#### ANAMNESI

Il paziente ha subito <b>interventi</b> di chirurgia oncologica?	NO	SI	Data e tipo ultimo intervento:
Il paziente è stato sottoposto a <b>biopsie</b> recentemente?	NO	SI	Data e sede ultima biopsia:

## REGIONE PIEMONTE

ASL NO - AZIENDA SANITARIA LOCALE DI NOVARA    ASL BI - AZIENDA SANITARIA LOCALE DI BIELLA  
 ASL VCO - AZIENDA SANITARIA LOCALE VERBANO CUSIO OSSOLA    ASL VC - AZIENDA SANITARIA LOCALE DI VERCELLI  
 AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA "MAGGIORE DELLA CARITA' " - NOVARA

### MODULO RICHIESTA PET-CT CON <sup>18</sup>F-FDG - Paz. ONCOLOGICI

Il paziente è diabetico/intollerante al <b>glucosio</b> ?	NO	SI	Terapia antidiabetica in atto:
Il paziente ha eseguito cicli di <b>CHEMIOTERAPIA</b> ?	NO	SI	Data ultimo ciclo:
Il paziente ha eseguito cicli di <b>RADIOTERAPIA</b> ?	NO	SI	Data ultimo ciclo:
La paziente ha in corso/sospetta una <b>GRAVIDANZA</b> ?	NO	SI	
La paziente ha in corso l' <b>allattamento</b> ?	NO	SI	

**N.B. La documentazione radiologica/medico nucleare/laboratoristica (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.**

Timbro e firma Medico  
richiedente

Codice Fiscale

Telefono

Luogo e data

-----

#### RISERVATO AL **CAS RICHIEDENTE (SPOKE)**

Inviato al CAS AOU (data e ora) ..... Tel. CAS Richiedente:.....

#### RISERVATO AL CAS AOU " Maggiore della Carità " - Novara (HUB)

Ricevuto: (data,ora e firma): .....Inviato a Med. Nucl.(data, ora, firma).....

#### RISERVATO S.C. MEDICINA NUCLEARE AOU " Maggiore della Carità " - Novara

Ricevuto (data, ora e firma): .....Prenotato (data, ora) .....