

RICHIESTA PER PET-CT ENCEFALO PER RICERCA B-AMILOIDE

INVIARE COMPILATA IN STAMPATELLO IN OGNI SUA PARTE

E-mail: med.nuc@ospedaliriuniti.marche.it o FAX: 071 - 5964137

NECESSARIO ALLEGARE RICHIESTA / IMPEGNATIVA

Cognome Nome
Data di nascita Luogo Recapito telefonico
Residenza Comune Provincia

Peso Kg Altezza cm

Diabetico: NO SI (terapia insulinica o terapia orale)

Claustrofobico: NO SI

Provenienza paziente esterno interno reparto

.....

Autonomia paziente deambulante in carrozzina barellato

Medico Richiedente Dott. Tel. Reparto

ATTENZIONE DIGIUNO da almeno 4 ore (consigliata una buona idratazione con acqua non zuccherata)

INFORMAZIONI CLINICHE

Patologia (accertata o presunta) da studiare:

Quesito clinico:

MMSE

Terapie eseguite o in atto

TC no sì data

RM no sì data

PET-CT no sì data

Altro

ATTENZIONE: allegare la documentazione clinica e le indagini diagnostiche eseguite in altri centri

Medico Richiedente (firma e timbro)

.....