

**RICHIESTA PER PET-CT TOTAL BODY CON 18F-FDG**

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 6 ore (consigliata una buona idratazione con acqua non zuccherata)

INFORMAZIONI CLINICHE

Patologia (accertata o presunta) da studiare: .....

Quesito clinico: .....

stadiazione  controllo al termine del trattamento  controllo in corso di trattamento  caratterizzazione  
di reperto dubbio  protocollo di studio  follow up  ristadiazione  markers in rialzo

Terapie eseguite

Chirurgia  no  sì data e tipo di intervento .....

Radioterapia  no  sì data ultima seduta .....

Chemioterapia  no  sì data ultimo ciclo .....

Immunoterapia  no  sì .....

Indagini PET-TC già eseguite:  NO  SI data .....

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

Medico Richiedente (firma e timbro)

.....