

MODULO PER PET-RM CON 18F-FDG

INVIARE COMPILATA IN STAMPATELLO IN OGNI SUA PARTE

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

NECESSARIO ALLEGARE IMPEGNATIVA PER PET ED IMPEGNATIVA PER RM OPPURE
RICHIESTE PET E RM

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

Allergie note: NO SI

Insufficienza renale: NO SI (valore della creatinina e data)

Portatore di
dispositivi metallici: NO SI (specificare quali: pacemaker, cateteri cardiaci, valvole cardiache, protesi
metalliche, neurostimolatori, spirali intrauterine o IUD, schegge metalliche, impianti
cocleari ecc).

Provenienza 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 SI data e tipo di intervento

Radioterapia NO SI data ultima seduta

Chemioterapia NO SI data ultimo ciclo

Immunoterapia NO SI

Indagini PET/TC o TC/RM già eseguite: NO SI data

Indagini PET/RM già eseguite: NO SI data

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

Medico Richiedente (firma e timbro)

.....