S.O.D MEDICINA NUCLEARE
Direttore F.F. Dr. Fabio Massimo Fringuelli
Segreteria: Tel. 071 - 5964140

RICHIESTA PER PET CON 18F-COLINA / 18F-PSMA

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 ……

INFORMAZIONI CLINICHE

Neoplasia prostatica ☐ accertata ☐ presunta Valore del PSA: …… Gleason Score: ……..

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 ……..
Ormonoterapia ☐ no ☐ sì data di inizio ……..
Chemioterapia ☐ no ☐ sì data ultimo ciclo ……..……..

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)

.....