

**RICHIESTA PER PET-CT CON 18F-COLINA / FLUCICLOVINA**

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  ristadiatione  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)

.....