

## **RICHIESTA PER PET-CT ENCEFALO 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 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)

.....