

PET CEREBRALE A SCOPO NEUROLOGICO: "PET CEREBRALE CON INDICATORE POSITIVO - AMILOIDE"
CODICE NOMENCLATORE 9F13

Da compilare a cura del medico specialista richiedente o dal medico curante su richiesta dello specialista richiedente

Medico specialista richiedente* _____
nome cognome

Dati paziente* _____
nome cognome data di nascita

peso altezza telefono

Descrizione del quesito clinico e brevi cenni anamnestici*

TEST COGNITIVI* NO SI _____
data test breve descrizione

RMN ENCEFALO* NO SI _____
data esame breve descrizione

TC ENCEFALO* NO SI _____
data esame breve descrizione

PET FDG PRECEDENTE* NO SI _____
data esame breve descrizione

TERAPIA IN CORSO* NO SI _____
breve descrizione

Campo da compilare dal personale medico della SOC Medicina nucleare

PRIORITÀ DI PRENOTAZIONE _____

PRESA VISIONE DEL MEDICO NUCLEARE _____

* campi obbligatori