

PET CEREBRALE A SCOPO ONCOLOGICO:
"PET CEREBRALE DI METABOLISMO PROTEICO – AMINOACIDI-¹⁸F-FET"
CODICE NOMENCLATORE 9F15

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*

motivo della richiesta STAGING RESTAGING POST-CHIRURGIA RESTAGING POST-CHEMIO
 RESTAGING POST- RADIO FOLLOW UP RECIDIVA O RIPRESA
 ALTRO _____

	data test	breve descrizione
CHIRURGIA	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI _____	tipologia e data intervento

CHEMIOTERAPIA	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI _____	tipologia e data ultimo ciclo
---------------	---	-------------------------------

RADIOTERAPIA	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI _____	sede e data fine trattamento
--------------	---	------------------------------

PRECEDENTE PET	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI _____	sede e data
----------------	---	-------------

CLAUSTROFOBIA NO SI

GRAVIDANZA/ALLATTAMENTO NO SI DATA ULTIMA MESTRUAZIONE _____

MINZIONE SPONTANEA NO SI CATETERE PRESENTE NO SI

RMN ENCEFALO*	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI _____	data esame _____	breve descrizione _____
---------------	---	------------------	-------------------------

TC ENCEFALO*	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI _____	data esame _____	breve descrizione _____
--------------	---	------------------	-------------------------

PET FDG PRECEDENTE*	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI _____	data esame _____	breve descrizione _____
---------------------	---	------------------	-------------------------

TERAPIA IN CORSO*	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI _____	breve descrizione _____
-------------------	---	-------------------------

VUOI ASSOCIARE PET PER CENTRAGGIO RT – 9H36 SI NO

Campo da compilare dal personale medico della SOC Medicina nucleare

PRIORITÀ DI PRENOTAZIONE _____

PRESA VISIONE DEL MEDICO NUCLEARE _____

* campi obbligatori