



AZIENDA
OSPEDALIERA
"S. MARIA"
TERNI

S.C. MEDICINA NUCLEARE
Direttore Dr. Fabio Loreti

Modulo di richiesta di esame PET TC con 18F-Colina da inviare :

- fax **0744/205496 / 205018/ 205492** o via mail **medicinanucleare@aosp terni.it**
o consegnare alla Segreteria della Medicina Nucleare.

Nome e Cognome paziente.....
Luogo e data di nascita.....
Indirizzo di Residenza.....
Codice Fiscale.....

Provenienza Ricoverato (Ospedale, Reparto) Esterno

Telefono Paziente..... Telefono Ospedale.....

Medico Referente..... Telefono.....

Peso.....

Notizie Anamnestiche

Istotipo - Gleason score.....
Data e tipo di intervento chirurgico.....
Data Radioterapia.....
Ormonoterapia.....
Altre Terapie.....
PSA (data.....)..... PSA (data.....)

Esami eseguiti di recente (portare CD e referti se eseguiti in altra sede)

TC.....
RM.....
Scintigrafia Ossea.....
PET colina.....
ECO TR.....

Data richiesta.....

Il Medico Richiedente (Timbro e firma)

Data e ora della esecuzione dell'esame saranno comunicate telefonicamente dal personale della S.C. Medicina Nucleare.

N.B. Indicare il periodo di preferibile esecuzione dell'esame o i caratteri di urgenza

Presentarsi muniti della seguente impegnativa medica:

Visita medico-nucleare (89.7 o 1451) e Tomoscintigrafia corporea <pet (92.18.6 o 15463)