AZIENDA
OSPEDALIER
"S. MARIA
TER

S.C. MEDICINA NUCLEARE-CENTRO PET/TC
Direttore **Dr.Fabio Loreti**

Modulo di richiesta di esame PET/TC con 18F-FDG da inviare:
fax 0744- 205496 /205018 / 205492 o via mail medicinanucleare@aospterni.it
o consegnare alla segreteria 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..... Fax Ospedale.....

Medico Referente..... Tel.....

Diabete [No] [Si] Terapia insulinica [ ] Terapia orale [ ]

Peso ..... Altezza ..... Claustrofobia [ ]

Notizie Anamnestiche

Quesito Clinico/Diagnosi

Terapia

Chemioterapia [No] [Si] Ultima in data.....

Radioterapia [No] [Si] Ultima in data.....

Interventi chirurgici (breve descrizione e data)

Terapia in corso (in particolare cortisonici o farmaci che possono influenzare la glicemia)

Esami eseguiti di recente (portare lastre e CD con referti il giorno dell'esame)

TC [No] [Si] data.....

RM [No] [Si] data.....

Altro ..... data.....

Markers tumorali (tipo,data,risultato).....

Data richiesta..... **Il Medico Richiedente (timbro e firma)**

Data e ora esecuzione dell'esame saranno comunicate telefonicamente .
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 154