



MODULO RICHIESTA PET-CT con 18F-PSMA

Cognome _____	Nome _____
Nato/a il _____	Comune _____
Residente a _____	Via _____
Tel. _____	Email _____

Provenienza Degente presso il Reparto di _____
 Esterno

Medico Referente Dr. _____ Tel Medico. _____

Tel. Ospedale _____

Peso _____ Altezza _____

Diagnosi e quesito clinico

Notizie anamnestiche:

Isotipo – Gleason score _____

Interventi chirurgici (breve descrizione e data):

Chemioterapia: SI NO Ultima in data _____

Ormone terapia: SI NO Ultima in data _____

Altre terapie: SI NO Ultima in data _____

PSA (data _____) _____ PSA (data _____) _____

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

TC: SI NO data _____ PET-CT: SI NO data _____

RM: SI NO data _____ PET-CT Colina: SI NO data _____

Scintigrafia ossea: SI NO data _____ ECO TR: SI NO data _____

Medico richiedente (timbro e firma)

Data richiesta _____

Inviare il modulo via mail a: medicinanucleare@aosp terni.it

per informazioni telefonare al 0744/205496 - 205618 (dalle 10.00 alle 12.00 dal lunedì al giovedì)

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

Presentarsi muniti delle seguenti impegnative:

per PET PSMA

- TOMOGRAFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET-TC] GLOB. CORPOREA CON ALTRI FARMACI (codice nomenclatore 92.18.D e/o 80487)

per visita pre PET di controllo

- VISITA MEDICINA NUCLEARE controllo (codice nomenclatore 89.01.A e/o 14359)

per prima visita pre PET

- PRIMA VISITA PRE - ESECUZIONE PET TC (codice nomenclatore 89.7C.3e/o 44034)