



MODULO RICHIESTA PET-CT con 18F-FDG

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 _____

Diabete SI ☐ NO ☐	Terapia insulinica SI ☐ NO ☐	Terapia orale SI ☐ NO ☐	Claustrofobia SI ☐ NO ☐
Peso _____	Altezza _____		
Diagnosi (accertata o presunta) e quesito clinico _____ _____			
Notizie anamnestiche: _____ _____			

Chemioterapia: SI ☐ NO ☐ Ultima in data _____

Radioterapia: SI ☐ NO ☐ Ultima in data _____

Interventi chirurgici (breve descrizione e data):

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

TC: SI ☐ NO ☐	data _____
RM: SI ☐ NO ☐	data _____
Altro: SI ☐ NO ☐ _____	data _____
Markers tumorali (tipo, data, risultato) _____	

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 FDG Total Body

- TOMOGRAFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET-TC] GLOBALE CORPOREA CON FDG
(codice nomenclatore 92.18.C e/o 80481)

per PET FDG Cerebrale

- TOMOGRAFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET] CEREBRALE CON FDG
(codice nomenclatore 92.11.6 e/o 15447)

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)