Regione del Veneto
Istituto Oncologico Veneto
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
Radioterapia
Direttore: Dr. Guido Sotti
Via Giustiniani, 2 - 35128 PADOVA

U.O. Certificata ISO9001:2008
con Certiquality

Medicina Nucleare
Segreteria e Accettazione: ☎ 049-8212953 🖷 049-8212205
E-mail: medicina.nucleare@ioveneto.it

Al Servizio di Medicina Nucleare - Istituto Oncologico Veneto

RICHIESTA DI INDAGINE PET-CT ONCOLOGICA CON: ^{18F}-FDG ☐ ^{18F}-COLINA ☐

Nome del paziente ……. Data di nascita ……

Luogo di nascita ……..……Residenza ……..

……...…… U.L.S. S. N° …… Altezza …..…… Peso …..……

N° Impegnativa !__!__!__!__!__! !__!__!__!__!__!__!__!__!__! Data Impegnativa !__!__!__!__!__!__!

Cod. Fisc. !__!__!__!__!__!__!__!__!__!__!__!__!__!__!__!__! Provenienza U. O. ……..……

Tel. : Abit. ……..……..…. Uff. ……..……..…… Cell. …..……...……..

Medico richiedente ……... Telefono ……..……..……

Quesito clinico …….

……...……..

……...……

Specificare terapie in atto o appena concluse

Chirurgia ……..……...……. in data …….

Radioterapia ……...……..…… in data …….

Chemioterapia ……..……. in data …….

Notizie anamnestiche sulla patologia in atto ……...……..

……...……...……..

……...……...……...

Markers Tumorali Data ……. Valori ……

Diabete Si ☐ No ☐ Se si, indicare il valore dell'ultima glicemia a digiuno ……..…….

Il paziente dovrà portare nel giorno dell'esecuzione della PET-CT gli esami radiologici o di medicina nucleare eseguiti recentemente

Medico richiedente
Timbro e firma

Data ……...……..……..…

P.S. Sono obbligatorie le informazioni sul Peso
e sul Diabete.
Data e ora dell'esame verranno comunicate
Telefonicamente o tramite fax