

 	Regione del Veneto ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO – I.R.C.C.S.	 REGIONE DEL VENETO
	MEDICINA NUCLEARE UOC Medicina Nucleare sede Castelfranco V.to - E-mail: medicinanucleare.cfv@iov.veneto.it Tel. Segreteria : 0423-421341 (h.10.00-13.00) UOS Medicina Nucleare sede Padova - E-mail: medicina.nucleare@iov.veneto.it Tel. Segreteria : 049-8211729 (h.10.00-13.00)	

MODULO RICHIESTA DI INDAGINE PET-CT

Padova: (*)¹⁸F-FDG ☐ (**) ¹⁸F-COLINA ☐ ¹⁸F-DOPA ☐

Castelfranco Veneto: (*)¹⁸F-FDG ☐ (**) ¹⁸F-COLINA ☐ (**) ⁶⁸Ga-PSMA ☐ ⁶⁸Ga-DOTATOC ☐

La prescrizione che accompagna il seguente modulo deve indicare solo uno dei codici sotto specificati:

PET globale corporea con ¹⁸ F-FDG	92.18.C
PET cerebrale con ¹⁸ F-FDG	92.11.6
PET globale corporea NON FDG (COLINA, DOPA, PSMA, DOTATOC)	92.18.D

Nome e Cognome paziente..... Data di nascita

Residenza..... Altezza..... Peso.....

Tel cell Claustrofobia: SI ☐ NO ☐

Medico richiedente Tel. Uff. Cell.

Provenienza paziente: Esterno ☐ pre/post degenza ☐ Ricoverato ☐ Reparto.....

Notizie anamnestiche e quesito clinico:

.....

.....

Chirurgia in data

Radioterapia No ☐ Si ☐ sede:ultima seduta il/...../.....

Chemioterapia ultima somministrazione in data/...../.....

Zometa/Denosumabultima somministrazione in data/...../.....

Immunoterapia Inizio terapia/...../.....ultima somministrazione/...../.....

Ormonoterapia No ☐ Si ☐ :

Analoghi somatostatina No ☐ Si ☐ : date ultime due somministrazioni

Altri trattamenti:.....

(*)Diabete No ☐ Si ☐ Se si, specificare il valore dell'ultima glicemia a digiuno/...../..... mg/dl

(*)Insulina No ☐ Si ☐ Ipoglicemizzanti orali (specificare.....)

Markers Tumorali: quali valore data/...../.....

(**) ultimi valori PSA(1)ng/ml, data/...../.....; PSA(2)ng/ml, data/...../.....

(**) Gleason Score (GS)(.....+.....).

Data..... Medico richiedente

Timbro e firma