



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO – I.R.C.C.S.

UOC MEDICINA NUCLEARE

E-mail sede Padova: medicina.nucleare@iov.veneto.it
Tel. Segreteria sede di Padova: 049-8211729 (h.10-13)
E-mail sede Castelfranco V.to: medicinanucleare.cfv@iov.veneto.it
Tel. Segreteria sede di Castelfranco V.to: 0423-421341 (h.9-13)



REGIONE DEL VENETO

MODULO RICHIESTA DI INDAGINE PET-CT

Padova: (*)18F-FDG [] (**)18F-COLINA [] 18F-DOPA []

Castelfranco V.to: (*)18F-FDG [] (**)18F-COLINA [] (**)68Ga-PSMA [] 68Ga-DOTATOC [] 18F-FET []

La prescrizione che accompagna il seguente modulo deve indicare i due codici sotto specificati.
92.18.6_0 Tomografia globale corporea (PET) Q.tà = 1
92.18.9_0 CT a completamento della PET Q.tà = 1

Nome del paziente.....Data e luogo di nascita

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

Tel. Abit..... Uff. Cell.

Medico richiedente Tel. Uff. Cell.

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 terapiaultima somministrazione

Ormonoterapia No [] Si []:

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

(**)PSA(1).....ng/ml, data.....; PSA(2)..... ng/ml, data.....; PSA(3).....ng/ml, data.....

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

Data.....

Medico richiedente
Timbro e firma