



Regione del Veneto
ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO – I.R.C.C.S.

MEDICINA NUCLEARE

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



REGIONE DEL VENETO

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 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 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