



RICHIESTA ESAME PET/TC

- TOTAL BODY CON ^{18}F FDG (CVP: 92.18.C_0)
- TOTAL BODY CON ALTRO RADIOFARMACO PSMA (CVP: 92.18.D_0)
- TOTAL BODY CON ALTRO RADIOFARMACO FLUOROCOLINA (CVP 92.18.D_0)
- PET CEREBRALE (CVP: 92.11.6_0)

Il presente modulo va compilato in tutte le sue parti (possibilmente in formato digitale), allegando l'impegnativa della prestazione richiesta, ed inviato via mail a medicinanucleare.bl@aulss1.veneto.it

Cognome e nome: peso: altezza:

Luogo e data di nascita:

Domicilio:

Telefono:

Provenienza: Ricoverato Ambulatoriale

QUESITO CLINICO:

NOTIZIE ANAMNESTICHE:

Osservazioni/Richieste particolari:

Terapia in atto:

Gleason Score: PSA alla diagnosi PSA ultimo Δ PSA/tempo

Chemioterapia: SI NO (tipo e data ultima somministrazione)

Ormonoterapia: SI NO (tipo e data ultima somministrazione)

Radioterapia SI NO (data termine trattamento)

Diabete: SI NO Ipoglicemizzanti orali: SI NO Insulina: SI NO

Data: Medico richiedente: Tel:

Data e ora dell'esame sarà comunicata per telefono al paziente o al reparto richiedente