

RICHIESTA PET/CT Total Body con ¹⁸F- FDG
Allegare breve relazione clinica e copia impegnativa/ DEM
Scheda di prenotazione per PET/CT con 18F- FDG ☐ Total Body ☐ Altro

PAZIENTE		C.F. <table border="1" style="display: inline-table; width: 100%; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>																																															
Provenienza		SSN []		RIC. []		DH []		DP []		Sesso <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M																																							
Cognome						Nome						Peso (Kg), Altezza (cm)																																					
Nato/a il / / a				Telefono				Cellulare				Email/Fax																																					
Indirizzo				CAP				Comune				Prov																																					
Il/la paziente è diabetico/a <input type="checkbox"/> [NO] <input type="checkbox"/> [Si], se <input type="checkbox"/> [Si], in terapia con <input type="checkbox"/> Insulina <input type="checkbox"/> Ipoglicemizzanti orali																																																	
Il/la pz. è in dialisi <input type="checkbox"/> [Si] <input type="checkbox"/> [NO] giorni seduta dialitica																																																	
Il/la pz. è barellato/a <input type="checkbox"/> [Si] <input type="checkbox"/> [NO] autosufficiente <input type="checkbox"/> [Si] <input type="checkbox"/> [NO] claustrofobico <input type="checkbox"/> [Si] <input type="checkbox"/> [NO] incontinente <input type="checkbox"/> [Si] <input type="checkbox"/> [NO]																																																	
Per le donne in età fertile, data delle ultime mestruazioni allatta <input type="checkbox"/> [Si] <input type="checkbox"/> [NO]																																																	
MEDICO RICHIEDENTE Ospedale Reparto Tel. Cell. Fax E-mail																																																	
Diagnosi Quesito clinico																																																	
Se in follow-up: <input type="checkbox"/> In remissione <input type="checkbox"/> Sospetta recidiva (specificare nelle righe sottostanti)																																																	
Precedenti PET <input type="checkbox"/> [NO] <input type="checkbox"/> [Si] Se <input type="checkbox"/> [Si], indicare la data ed <u>allegare il referto</u> Chirurgia <input type="checkbox"/> [NO] <input type="checkbox"/> [Si] Tipo di intervento Data / / Chemioterapia <input type="checkbox"/> [NO] <input type="checkbox"/> [Si] conclusa in data / / Terapia biologica <input type="checkbox"/> [NO] <input type="checkbox"/> [Si] conclusa in data / / Radioterapia <input type="checkbox"/> [NO] <input type="checkbox"/> [Si] conclusa in data / / Distretto Terapia cortisonica <input type="checkbox"/> [NO] <input type="checkbox"/> [Si]																																																	
MARKERS NEOPLASTICI						INDAGINI MORFOLOGICHE (<u>allegare referto</u>)																																											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 15%;">DATA</th> <th style="width: 15%;">MARKER</th> <th style="width: 15%;"></th> <th style="width: 15%;"></th> <th style="width: 15%;"></th> <th style="width: 15%;"></th> </tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>						DATA	MARKER																																			<ul style="list-style-type: none"> ● TC s/c mdc <input type="checkbox"/> [Si] <input type="checkbox"/> [NO] distretto.....data..... ● RM s/c mdc <input type="checkbox"/> [Si] <input type="checkbox"/> [NO] distretto.....data..... ● Ecografia <input type="checkbox"/> [Si] <input type="checkbox"/> [NO] distretto.....data..... ● distretto.....data..... ● distretto.....data..... 							
DATA	MARKER																																																

Lo spazio sottostante è riservato agli operatori della segreteria

DATA COMPILAZIONE.....CONSEGNATO DA.....ACCETTATO IL.....
Luogo e data.....Firma medico richiedente.....

Lo spazio sottostante è riservato agli operatori della segreteria

Codice richiesta RIC	Codice paziente PAZ	Codice prenotazione PRE	Codice chiarimento CHIA	Codice medico AOB	Numero di protocollo n°
--------------------------------	-------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------	-----------------------------------