



MODULO RICHIESTA PET/CT CEREBRALE

Da compilarsi a cura del medico proponente in tutte le sue parti e trasmetterlo insieme a copia dell'impegnativa all'indirizzo prenotazionimednucl@ao-siena.toscana.it

Il giorno dell'esame si ricorda di portare con sé tutta la documentazione clinica inerente la patologia di base, quale ad esempio le ultime visite specialistiche, referti e CD di precedenti indagini radiologiche (TC, RM, PET/CT, scintigrafie) e test neuropsicologici se effettuati.

Indicare l'esame richiesto: [] 18F-FDG (cod. 9F11) [] 18 F-Amiloide (cod. 9F13) [] 18 F-DOPA (cod. 9F14)

COGNOME NOME DATA DI NASCITA

RESIDENTE A

[] ESTERNO TELEFONO PAZIENTE: e-mail:

[] INTERNO ricoverato presso Ospedale di TEL REPARTO

Peso:..... Altezza: DIABETE: [] SI [] NO

ORIENTAMENTO DIAGNOSTICO:

- [] DEMENZA FRONTOTEMPORALE [] MALATTIA DI ALZHEIMER [] DEMENZA VASCOLARE
[] DEMENZA DA CORPI DI LEWY [] ATROFIA CORTICALE POSTERIORE [] AFASIE
[] MALATTIA DI PARKINSON [] PARKINSONISMI [] Altro:

SEGNI E SINTOMI

- [] DETERIORAMENTO COGNITIVO [] Deficit di memoria [] Deficit di pianificazione [] Disturbo del linguaggio [] Deficit di attenzione [] Aprassia
[] DISTURBI COMPORTAMENTALI [] Sintomi affettivi [] Sintomi psicotici [] Disturbo di condotta [] Altro
[] DISTURBI DEL MOVIMENTO [] Tremore [] Rigidità [] Rallentamento motorio [] Altro

OBIETTIVITA' NEUROLOGICA

- [] Segni focali [] Segni extra piramidali [] Segni cerebellari [] Disturbo della marcia
[] Mioclonie [] Riflessi patologici

TEMPO D' INSORGENZA E SINTOMI

VALUTAZIONE NEUROPSICOLOGICA: MMSE _____ ADL _____ IADL _____ MODA _____

TERAPIA FARMACOLOGICA IN CORSO :

Data _____ Medico Proponente (timbro e firma)

