



**MODULO RICHIESTA ESAME PER PET CEREBRALE**  
(da compilarsi-in stampatello- a cura del medico proponente)

S.114.IO.08.Mod.4\_Rev1

Terzo Lotto – Piano 4S - **U.O.C. Medicina Nucleare**, Viale Bracci 14 Tel: 0577/585708 ( h :10/12 ) – Fax: 0577/586193  
email: [prenotazionimednucl@ao-siena.toscana.it](mailto:prenotazionimednucl@ao-siena.toscana.it)

COGNOME	NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA
PROVENIENZA: Città/ Ospedale/ Reparto	TELEFONO/ Cell.	CODICE FISCALE
MEDICO PROPONENTE _____	TELEFONO/ Cell _____	
PROVENIENZA <input type="checkbox"/> ESTERNO ( <i>allegare impegnativa</i> )	<input type="checkbox"/> DH	<input type="checkbox"/> RICOVERATO <input type="checkbox"/> DP <input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> DSA
PATOLOGIA DI BASE _____	Peso _____ Altezza _____	DIABETE <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

**QUESITO CLINICO:**

- Patologia degenerative: diagnosi e classificazione  <sup>18</sup>F-FDG  <sup>8</sup>F- Amiloide
- Disturbi del movimento: diagnosi <sup>18</sup>F- DOPA
- Oncologia: diagnosi differenziale recidiva /esiti post trattamento  <sup>18</sup>F-FDG  <sup>18</sup>F-FET
- Data ultima chirurgia cerebrale \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  Data termine CHEMIOTERAPIA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- Data termine RADIOTERAPIA CEREBRALE \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**ORIENTAMENTO DIAGNOSTICO:**

- DEMENZA FRONTOTEMPORALE  DEGENERAZIONE CORTICOBASALE
- PARKINSON DEMENZA  DEMENZA DA CORPI DI LEWY DIFFUSI
- MALATTIA DI ALZEHEIMER  DEMENZA VASCOLARE  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 \_\_\_\_\_

 **OBIETTIVITA' NEUROLOGICA**

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

**TEMPO D' INSORGENZA E SINTOMI** \_\_\_\_\_

**VALUTAZIONE NEUROPSICOLOGICA** MMSE \_\_\_\_\_ ADL \_\_\_\_\_ IADL \_\_\_\_\_

**TERAPIA FARMACOLOGICA IN CORSO** \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Medico Proponente (timbro e firma) \_\_\_\_\_

TRASMETTERE MODULO all'indirizzo [prenotazionimednucl@ao-siena.toscana.it](mailto:prenotazionimednucl@ao-siena.toscana.it) (alternativamente via FAX n°0577/586193) ALLEGANDO RELAZIONE CLINICA/LETTERA DI DIMISSIONE, REFERTI INDAGINI DIAGNOSTICHE RECENTI (TC,RM, SCINTIGRAFIA CEREBRELE,TEST NEUROPSICOLOGICI,....)