Azienda Ospedaliero-Universitaria Senese
Dipartimento Oncologico - UOC Medicina Nucleare
Tel. 0577 585708 – Fax 0577 586193 e-mail mednucl@ao-siena.toscana.it

MODULO RICHIESTA PET/CT TOTAL BODY

Compilare il modulo in tutte le sue parti e trasmetterlo insieme alla ***copia dell'impegnativa*** all'indirizzo
prenotazionimednucl@ao-siena.toscana.it
alternativamente via FAX n°0577/586193

Il giorno dell'esame si ricorda di portare con sé tutta la documentazione clinica inerente la patologia di base, quale ad esempio eventuali relazioni cliniche/lettere di dimissione, ultime visite specialistiche del medico prescrivente, referti e CD di precedenti indagini radiologiche (TC, RM, PET/CT, scintigrafie).

Indicare l'esame richiesto: □ **^{18}F-FDG PET/CT**

COGNOME .....…… **NOME** ……..…. **DATA DI NASCITA** ……...

RESIDENTE A ……..…

□ **ESTERNO** **TELEFONO PAZIENTE:** …… **e-mail:** ……..

□ **INTERNO ricoverato presso Ospedale di** …….....…… **TEL REPARTO** ……..

PATOLOGIA DI BASE: .....……....

ISTOLOGICO: …….…. **PESO** …… **ALTEZZA** ……..…..

Indicazioni all'esecuzione dell'esame:

□ Diagnosi/Stadiazione □ Risposta alla terapia □ Follow-up □ Ripresa di malattia □ Pianificazione RT
□ Patologia flogistico/infettiva

CHIRURGIA (data ed intervento)……...…

CHEMIOTERAPIA □ No □ Si, ultima somministrazione il …….…….. Quale? ……..

IMMUNOTERAPIA □ No □ Si, ultima somministrazione il …….. Quale? ……..…

ORMONOTERAPIA □ No □ Si, ultima somministrazione il …….. **RADIOTERAPIA** □ No □ Si, terminata il ……..…

TERAPIA ANTIBIOTICA □ No □ Si, terminata il ……...

MARKERS: □ NEGATIVI □ IN AUMENTO quale/i? …….

PET precedenti: □ si □ no eseguite presso questa struttura? □ si □ no dove? …….…….

Altri esami (RM, TC) …….…….

Indicazioni di assistenza tecnico/infermieristica:

Il paziente si presenta alla UO Medicina Nucleare per eseguire l'esame: □ a piedi □ in barella □ in carrozzella

Il paziente necessita di assistenza per:

□ portatore di tracheostomia □ catetere vescicale/incontinenza □ ossigeno terapia %.....…….....
□ drenaggi/ferite chirurgici □ problemi psichiatrici □ patologie infettive …….....
□ terapie in infusione: ……...……. □ decubiti preferenziali (per dolore) □ allergie: ……..
□ **Claustrofobia** □ particolari deficit (cecità, sordità…) … □ Altro: ……..……..

Diabete mellito: □ **SI** □ **NO** **Insulina** □ **SI** □ **NO**

MEDICO RICHIEDENTE …… **TEL/CELL**:.....……...…

DATA_____ **FIRMA E TIMBRO MEDICO PROPONENTE**_____/____