



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

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 ¹⁸F-FDG ⁸F- Amiloide
- Disturbi del movimento: diagnosi ¹⁸F- DOPA
- Oncologia: diagnosi differenziale recidiva /esiti post trattamento ¹⁸F-FDG ¹⁸F-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 (alternativamente via FAX n°0577/586193) ALLEGANDO RELAZIONE CLINICA/LETTERA DI DIMISSIONE, REFERTI INDAGINI DIAGNOSTICHE RECENTI (TC,RM, SCINTIGRAFIA CEREBRELE,TEST NEUROPSICOLOGICI,....)