



Azienda Ospedaliero-Universitaria Senese

Dipartimento Scienze Radiologiche - UOC Medicina Nucleare

Tel. 0577 585708 – Fax 0577 586193

Mail Segreteria mednucl@ao-siena.toscana.it



ESTERNO INTERNO REPARTO

PET TOTAL –BODY CON ¹⁸F-FDG PET TOTAL –BODY CON ¹⁸F-COLINA

COGNOME..... NOME.....

DATA DI NASCITA C.F.:.....

PROVENIENZA (CITTA', OSPEDALE)..... TEL.REP:

TELEFONO PAZIENTE: / e-mail:.....

PATOLOGIA DI BASE:.....

ISTOLOGICO:..... **Peso:**..... **Altezza:**.....

Indicazioni all'esecuzione dell'esame (evidenziare)

STADIAZIONE RISPOSTA ALLA TERAPIA RESTAGING RIPRESA DI MALATTIA

PIANIFICAZIONE TERAPEUTICA CHIRURGIA (data ed intervento).....

CHEMIOTERAPIA

RADIOTERAPIA

Sì, ultima somministrazione il: Sì, finita il.....

No No

MARKERS: NEGATIVI IN AUMENTO **PSA:**.....

PET precedenti: sì no eseguite presso questa struttura sì no dove

Altri esami (RM, Tac)

Indicazioni di assistenza infermieristica:

Il paziente si presenta alla U.O.C Medicina Nucleare per eseguire l'esame:

a piedi in carrozzella in barella

Il paziente necessita di assistenza per:

portatore di tracheostomia portatore di cateteri vescicali ossigeno terapia

drenaggi chirurgici ferite chirurgiche Patologie infettive:

incontinente problemi psichiatrici claustrofobia Terapie in infusione: SÌ NO

decubiti preferenziali (per dolore) Allergie:.....

particolari deficit (cecità, sordità...) **Diabete :** SÌ NO **Insulina :** SÌ NO

Altro:

MEDICO RICHIEDENTE..... **TEL/ Cell**

DATA..... **FIRMA E TIMBRO MEDICO PROPONENTE**.....

IL MODULO VA COMPILATO IN TUTTE LE SUE PARTI. LE RICHIESTE INCOMPLETE SARANNO RESPINTE. L'ICONOGRAFIA E LA DOCUMENTAZIONE CLINICA DOVRA' ACCOMPAGNARE IL PAZIENTE DURANTE L'ESAME PET-CT.

TRASMETTERE MODULO a prenotazionimednucl@ao-siena.toscana.it (alternativamente via FAX n°0577/586193) ALLEGANDO RELAZIONE CLINICA/LETTERA DI DIMISSIONE, REFERTI INDAGINI DIAGNOSTICHE RECENTI