



MODULO RICHIESTA PET/CT per studio PROSTATICO

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: **PET/CT recettoriale ¹⁸F-PSMA** **PET/CT globale corporea ¹⁸F-COLINA**
(codice ricetta elettronica 9H15) (codice ricetta elettronica 9H12)

COGNOME **NOME** **DATA DI NASCITA**

RESIDENTE A

ESTERNO **TELEFONO PAZIENTE:** **e-mail:**

INTERNO ricoverato presso Ospedale di **TEL REPARTO**

PESO **ALTEZZA**

Indicazioni all'esecuzione dell'esame:

Diagnosi/Stadiazione Recidiva Biochimica Restaging Risposta alla terapia

Ultimi PSA:

BIOPSIA: data e risultato **PSA alla diagnosi** **Gleason Score**

CHIRURGIA data e tipo di intervento.....

ISTOLOGICO: data e risultato..... **Gleason Score**

Stadio sec TNM **Malattia ossea nota** No Si

ORMONOTERAPIA No Si, ultima somministrazione il **Quale?**

RADIOTERAPIA No Si, terminata il **Distretto?**

CHEMIOTERAPIA No Si, ultima somministrazione il **Quale?**

TERAPIA ANTIBIOTICA No Si, terminata il

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:

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

DATA_____

FIRMA E TIMBRO MEDICO PROPONENTE_____