



OHSAS 18001:2007

**Richiesta PET/TC total body**

Da inviare alla Segreteria dell'U.O. di Medicina Nucleare (fax 0461 903126 – email : medicinanucleare@apss.tn.it)

**TIPO DI ESAME:**  **ONCOLOGICO**  **NON ONCOLOGICO**  
**RADIOFARMACO:**  **[<sup>18</sup>F]FDG**  **[<sup>18</sup>F]Fcolina**  **[<sup>18</sup>F]Fluciclovina**  **[<sup>18</sup>F]FDOPA**  
 **[<sup>68</sup>Ga]Ga-DOTA-TOC (altro modulo)**

Il presente formulario va compilato in tutte le sue parti altrimenti non verrà preso in considerazione. Si rammenta inoltre che la decisione sull'esecuzione dell'indagine spetta allo specialista Medico Nucleare, secondo normative vigenti.

**Dati del paziente**

Cognome		Nome	
Data di Nascita		Residenza	
Peso		Altezza	
Telefono			

**Provenienza**

Reparto

Medico richiedente	Telefono
Foglio giallo <input type="checkbox"/> DH <input type="checkbox"/>	Esterno <input type="checkbox"/> Ricovero <input type="checkbox"/>

**Notizie cliniche necessarie**

DIABETE (per [ <sup>18</sup> F]FDG)	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> ADO	<input type="checkbox"/> insulina
CLAUSTROFOBIA	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si		
ALLETTATO	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	AUTOSUFFICIENTE/COLLABORANTE	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si

**Quesito clinico e diagnosi**

<input type="checkbox"/> Valutazione pre-chirurgica	<input type="checkbox"/> Ristadiiazione	<input type="checkbox"/> Controllo in corso di terapia
<input type="checkbox"/> Valutazione post-terapia	<input type="checkbox"/> Puntualizzazione reperto dubbio	<input type="checkbox"/> Ripresa/progressione
PET eseguite <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si	data ultima PET	positiva <input type="checkbox"/> negativa <input type="checkbox"/>
specificare radiofarmaco:		
Chemioterapia <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si	data ultimo ciclo	ciclo/n° cicli
Radioterapia <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si	data ultimo ciclo	sede
Chirurgia <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si	data intervento	
Markers tumorali	<input type="checkbox"/> negativi	<input type="checkbox"/> in aumento <input type="checkbox"/> in riduzione

Note (es data prossima visita)

Dichiara, inoltre, ai sensi del D. Lgs. 196/2003, all'art. 13 e successive modifiche, di autorizzare il trattamento dei propri dati personali nei limiti previsti dalle normative vigenti

Data \_\_\_\_\_

FIRMA DEL MEDICO (leggibile) \_\_\_\_\_

**Data e ora dell'esame verranno comunicate telefonicamente o via email**