



 	OSPEDALE DI TRENTO U.O.C. Medicina Nucleare Direttore: dr.ssa Franca Chierichetti	
------	--	--

Richiesta PET/TC cerebrale

- ONCOLOGICO:** [¹⁸F]FDG [¹⁸F]FDOPA [¹⁸F]FET (tirosina) [⁶⁸Ga]Ga-DOTA-TOC
 NON ONCOLOGICO: [¹⁸F]FDG [¹⁸F]Flutemetamolo (VIZAMYL)

IL PRESENTE FORMULARIO VA COMPILATO IN TUTTE LE SUE PARTI: LE RICHIESTE INCOMPLETE SARANNO RESPINTE.

Dati del paziente

Cognome		Nome	
Data di Nascita		Residenza	
Peso		Altezza	
Telefono			
DIABETE (per [¹⁸ 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
ACCESSO venoso difficile?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si	PICC team	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si
EPILESSIA	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si		
TERAPIE IN ATTO:	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si		

Provenienza/Reparto

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

Quesito clinico e diagnosi

--

Esami radiologici (indicare tipologia e data):

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		<input type="checkbox"/> ciclo/n° cicli	
Immunoterapia	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si	data ultimo ciclo		<input type="checkbox"/> in corso	
Radioterapia	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si	data ultimo ciclo			
Protonterapia	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si	data ultimo ciclo			
Chirurgia	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si	data intervento			

Note:

--

Prestazioni da prescrivere:

- **897B3 MEDICINA NUCLEARE VISITA (riportare sempre)**
- **92116 PET TC CEREBRALE FDG QUALITATIVA (FDG)**
- **9211A PET TC CEREBRALE CON ALTRI RADIOFARMACI (DOPA, tirosina, DOTA-TOC, flutemetamolo)**

Dati raccolti in ottemperanza al D.Lgs. 101/2018 e al GDPR (Regolamento UE 2016/679)

Data FIRMA DEL MEDICO (leggibile) _____

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

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