



OHSAS 18001:2007

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



Richiesta PET/TC [¹⁸F]FDOPA total body

INDICAZIONI: Paragangliomi, Carcinoma midollare della tiroide, Carcinoide polmonare tipico

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				
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
TERAPIE IN ATTO	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si		
Provenienza				
Reparto				
Medico richiedente		Telefono		
Foglio giallo <input type="checkbox"/>	DH <input type="checkbox"/>	Esterno <input type="checkbox"/>	Ricovero <input type="checkbox"/>	
Quesito clinico e diagnosi				
<input type="checkbox"/> Val. pre-chirurgica/stadiazione	<input type="checkbox"/> Ristadiazione		<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	<input type="checkbox"/> data ultimo ciclo		<input type="checkbox"/> ciclo/n° cicli	
Radioterapia <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> data ultimo ciclo		sede	
Chirurgia <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si	data intervento			
Altre terapie <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si				
Markers tumorali		<input type="checkbox"/> negativi	<input type="checkbox"/> in aumento	<input type="checkbox"/> in riduzione
Note (es data prossima visita)				

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 – email : medicinanucleare@apss.tn.it)

38100 TRENTO – Largo Medaglie d'Oro, 9 – tel. 0461/90 3132/3236 - fax 0461/903126
 vers. 0 (gennaio 2022)