



OHSAS 18001:2007

**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"/> Ristadijazione	<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	specificare radiofarmaco:	data ultima PET	positiva <input type="checkbox"/> negativa <input type="checkbox"/>
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)