



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



### Richiesta PET/TC [<sup>18</sup>F]FDOPA total body

**INDICAZIONI:** *Paragangliomi, Carcinoma midollare della tiroide, Carcinoma 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
ACCESSO venoso difficile?	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	PICC team	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si
TERAPIE IN ATTO	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si			
Provenienza/Reparto					
Medico rich./Reparto			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					

**Prestazioni da prescrivere:**

- **897B3 MEDICINA NUCLEARE VISITA**
- **9218D PET TC TOTAL BODY CON ALTRI RADIOFARMACI**

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)**