



Azienda ULSS 12
Veneziana

ULSS12 Veneziana
Ospedale dell'Angelo
DIPARTIMENTO ONCOLOGICO
U.O. di MEDICINA NUCLEARE
Direttore dott. Michele SICOLO
Tel. 041 9657630 FAX 041 9657697

Rev. 01
01/06/2011

RICHIESTA INDAGINE PET-CT PAZIENTE ESTERNO
inviare via FAX 041 9657697

TOTAL BODY ¹⁸F-FDG

CEREBRALE ¹⁸F-FDG

TOTAL BODY ¹⁸F-Colina

COGNOME* _____ NOME* _____ DATA NASCITA* _____
PESO* _____ ALTEZZA* _____ SESSO _____
VIA _____ COMUNE _____ PROV. _____ CAP _____
TELEFONO* _____ CELLULARE* _____ FAX _____

DATI ANAMNESTICI
INTERVENTI CHIRURGICI
DATA _____

ISTOLOGIA _____

INDICAZIONI DIAGNOSI RISPOSTA
ALL'ESAME* STADIAZIONE TERAPIA RECIDIVA
RISTADIAZIONE

MARKERS _____

PET CT precedenti* SI NO
RADIOTERAPIA* SI NO
Se SI, data ultimo ciclo: _____
ALLERGIE* SI NO
QUALI _____
DIABETE* SI NO
Se SI, indicare terapia _____
CHEMIOTERAPIA* SI NO
Se SI, data ultimo ciclo: _____
CICLO MESTRUALE* SI NO
Se SI, data ultimo ciclo: _____
CLAUSTROFOBICO SI NO

Medico richiedente* _____

Firma leggibile

Telefono del Medico / Reparto* _____

Data _____

I CAMPI CON ASTERISCO SONO OBBLIGATORI

IL PAZIENTE VERRÀ RICONTATTATO TELEFONICAMENTE O VIA EMAIL PER LA DATA E L'ORA DELL'APPUNTAMENTO
E' IMPORTANTE CHE IL GIORNO DELL'ESAME IL PAZIENTE PORTI CON SE' TUTTA LA DOCUMENTAZIONE