

**ARNAS G. Brotzu**Azienda di Rilievo Nazionale
ed Alta Specializzazione

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA AVANZATA E SERVIZI

S.C. MEDICINA NUCLEARE – P.O. San Michele

Direttore: Dott. Michele Boero

Tel: 070 539223 - Fax: 070 541513

Email: segreteria.brotzu@alliancemedical.it

Scheda di prenotazione per PET/CT Total Body con ^{11}C -Colina**PAZIENTE**

C.F.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Provenienza SSN [] RIC. [] DH [] DP []

Cognome Nome

Nato il / / a Peso..... (Kg), Altezza (cm)

Telefono.....Cellulare.....E-mail/Fax.....

Indirizzo.....CAP Comune.....Prov.....

il pz. è barellato [Sì] [NO] autosufficiente [Sì] [NO] claustrofobico [Sì] [NO] incontinente [Sì] [NO]

MEDICO RICHIEDENTE Ospedale Reparto

Tel. Cell Fax..... E-mail

INDICAZIONI CLINICHE: identificazione delle localizzazioni del carcinoma prostatico

1. **Ristadiazione** [] in presenza di recidiva biochimica (con PSA ≥ 1 ng/mL o, se inferiore, con brevi PSA doubling time e/o PSA velocity)
2. **Stadiazione** [] solo nei seguenti casi:
 - pz. ad alto rischio (T3b -T4 o GS 8-10 o PSA > 20 ng/mL)
 - sospetto di N1 e/o M1
 - casi particolari (da discutere di volta in volta con il medico nucleare)

Gleason Score

T N M

Data			
PSA*			

* Nel caso di PSA tra 1 e 3 ng/mL, l'ultimo dosaggio non deve essere antecedente a 2-3 settimane.

NOTIZIE ANAMNESTICHEHa già eseguito esami PET? [Sì] [NO] Se **Sì**, indicare data ed allegare il referto.....

Prostatectomia [Sì] [NO] Data

Radioterapia [Sì] [NO] Completata il.....

Terapia ormonale [Sì] [NO] Tipo In corso [] Sospesa il

Chemioterapia [Sì] [NO] Tipo Conclusa il

Comorbidità di rilievo o altro

TC s/c mdc [Sì] [NO] distretto.....data.....

RM s/c mdc [Sì] [NO] distretto.....data.....

Ecografia [Sì] [NO] distretto.....data.....

Lo spazio sottostante è riservato agli operatori della segreteria

Codice richiesta

RIC

Codice paziente

PAZ

Codice prenotazione

PRE

Codice chiarimento

CHIA

Codice medico

AOB

Numero di protocollo

n°