

Scheda di prenotazione per PET/CT encefalo ☐ **¹⁸F-FDG** ☐ **¹⁸F-Florbetaben**

PAZIENTE

C.F.

Provenienza

SSN []

RIC. []

DH []

DP []

Cognome

Nome

Sesso

F

M

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

Telefono Cellulare Email/Fax

Indirizzo CAP Comune Prov

Il/la paziente è diabetico/a [No] [Sì], se Sì, in terapia con

Insulina

Ipoglicemizzanti orali

Comorbidità Effettuare in sedazione [Sì] [No]

Il/la pz. è barellato/a [Sì] [No] autosufficiente [Sì] [No] claustrofobico [Sì] [No] incontinente [Sì] [No]

Per le donne in età fertile, data delle ultime mestruazioni allatta [Sì] [No]

MEDICO RICHIEDENTE Ospedale Reparto

Tel. Cell. Fax E-mail

QUESITO CLINICO

Destrimane [Sì] [No] Esordio (anno) Familiarità per patologie neurodegenerative [Sì] [No]

Terapia in atto

☐ Test NPS (data.....) ☐ EEG (data.....) ☐ EMG (data.....) N.B.: allegare esiti

Precedenti PET encefalo*: ☐ FDG (data.....) ☐ AMY (data.....) ☐ (data

SPET encefalo*: ☐ DaTSCAN (data.....) ☐ HM-PAO (data.....) ☐ (data

***N.B.:** allegare i referti delle indagini, soprattutto se eseguite presso altre strutture.

ESAMI EMATOCHIMICI/LIQUOR

DATA ESAME			

INDAGINI MORFOLOGICHE (allegare referto)

- TC encefalo s/c mdc [Sì] [No] data.....
- RM encefalo s/c mdc [Sì] [No] data.....
- EcoDoppler TSA [Sì] [No] data.....
- data.....

Note

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°