



Scheda di prenotazione per **PET/CT con ^{18}F -FDG** Total Body ☐ Altro ☐

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

Il/la pz. è in dialisi [Sì] [NO] giorni seduta dialitica

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

Diagnosi

Quesito clinico

Se in follow-up: ☐ In remissione ☐ Sospetta recidiva (specificare nelle righe sottostanti)

Precedenti PET [NO] [Sì] Se Sì, indicare la data ed allegare il referto

Chirurgia [NO] [Sì] Tipo di intervento Data/...../.....

Chemioterapia [NO] [Sì] conclusa in data/...../.....

Terapia biologica [NO] [Sì] conclusa in data/...../.....

Radioterapia [NO] [Sì] conclusa in data/...../..... Distretto

MARKERS NEOPLASTICI

DATA MARKER			

INDAGINI MORFOLOGICHE (allegare referto)

- TC s/c mdc [Sì] [NO] distretto.....data.....
- RM s/c mdc [Sì] [NO] distretto.....data.....
- Ecografia [Sì] [NO] distretto.....data.....
- distretto.....data.....
- 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°