



Scheda di prenotazione PET/CT Cerebrale con ¹¹C-Metionina

PAZIENTE

C.F.

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

Provenienza

SSN []

RICOVERATO []

DH []

DP []

Cognome

Nome

Sesso

F

M

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

Telefono.....Cellulare.....Email/Fax.....

IndirizzoCAP Comune..... Prov

Il/la pz. ha crisi epilettiche [Sì] [NO] Il/la pz. necessita di sedazione [Sì] [NO]

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 mestruazioniallatta [Sì] [NO]

MEDICO RICHIEDENTE Ospedale Reparto

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

Diagnosi

Quesito clinico

Diagnosi

Diagnosi differenziale recidiva/radionecrosi

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

Chirurgia [NO] [Sì] Tipo di interventoData/...../.....

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

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

Radioterapia - [NO] [Sì] conclusa in data/...../..... Scopo

Terapia corticosteroidea in corso [NO] [Sì]

INDAGINI MORFOLOGICHE (allegare referto)

• TC cranio s/c mdc [Sì] [NO] data.....

• RM encefalo s/c mdc [Sì] [NO] data.....

Sequenza RM 3D morfologica senza inclinazione [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°