

**ALLEGARE BREVE
RELAZIONE CLINICA E
COPIA IMPEGNATIVA**

Scheda di prenotazione per **PET/CT con ¹⁸F-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.....

IndirizzoCAP Comune..... Prov

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

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

Se in follow-up:

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/...../.....

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

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

Terapia cortisonica [NO] [Sì]

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

DATA COMPILAZIONE.....CONSEGNATO DA.....ACCETTATO IL.....