

## **RICHIESTA DI PET GLOBALE CORPOREA con FDG e TC con mezzo di contrasto iodato**

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_ DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

PROVENIENZA (CITTA', OSPEDALE) \_\_\_\_\_ TELEFONO PAZIENTE \_\_\_\_\_

MEDICO REFERENTE \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

**DATI IMPEGNATIVE (dati obbligatori):**

1) **Prima visita Medico-Nucleare (89.7B.3\_0) oppure Visita Medico-Nucleare di controllo (89.01.A\_2), PET GLOBALE CORPOREA con FDG (92.18.C\_0)**

NUMERO-----DATA RILASCIO ----/----/-----

2) **TC collo. (87.03.8\_2), TC cranio-encefalo (87.03.1\_0), TC torace (87.41.1\_2) e TC addome (88.01.6\_2).**

NUMERO-----DATA RILASCIO ----/----/-----

DIAGNOSI E QUESITO CLINICO \_\_\_\_\_

DATI ANAMNESTICI E LABORATORISTICI (MARKERS TUMORALI) \_\_\_\_\_

ESAMI DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI ESEGUITI: **PET\TC, TC, RM** (specificare data di esecuzione): \_\_\_\_\_

INTERVENTI CHIRURGICI  SI' (DATA.....)  NO

TERAPIA ONCOLOGICA  SI' (DATA.....)  NO

RADIOTERAPIA  SI' (DATA.....)  NO

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

DIABETE:  SI  terapia insulinica-terapia ipoglicemizzante orale  NO

TERAPIA CORTISONICA:  SI  NO PESO Kg..... ALTEZZA cm...

PAZIENTE NON AUTOSUFFICIENTE

VALORE CREATININA e DATA PRELIEVO \_\_\_\_\_

ALLERGIA m.d.c.  SI  NO

CLAUSTROFOBIA:  SI  NO ANSIETA'  SI  NO

DATA..... MEDICO RICHIEDENTE (timbro e firma).....

**N.B. Il materiale radiografico ed in particolare gli esami TC e RM dovranno essere disponibili al momento dell'effettuazione dell'esame, completo di referto e supporto informatico (CD)**

IL MODULO VA COMPLETATO IN OGNI SUA PARTE E TRASMESSO VIA MAIL ALL'INDIRIZZO [prenotazione.pet@ptvonline.it](mailto:prenotazione.pet@ptvonline.it)

Per ulteriori informazioni rivolgersi al n. **06.2090.4330**.

*Le chiediamo una firma per l'autorizzazione per il trattamento dei Suoi dati personali e sensibili per l'esecuzione dell'esame in conformità al D.Lgs.101/18.*

Data .....

Firma: \_\_\_\_\_

**PER LA PRENOTAZIONE, INSIEME AL PRESENTE MODULO (DEBITAMENTE COMPILATO) E' NECESSARIO ALLEGARE LA COPIA DEGLI ULTIMI REFERTI (TC O PET-TC)**

**RICHIESTA DI PET GLOBALE CORPOREA con FDG e TC con mezzo di contrasto iodato**

**I criteri di appropriatezza prescrittiva** (Giustificazione dell'esame) della prestazione di assistenza medico-nucleare in oggetto

**risponde**

**non risponde**

alle linee guida clinico-diagnostiche specificate nelle normative vigenti (Art. 9-quater, \*Legge 6 agosto 2015 n.125; \*\*GU Serie Generale n.15 del 20-1-2016, Allegato 1).

Note giustificative \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DATA .....

-----  
NOME COGNOME    Medico in Formazione Specialistica

-----  
FIRMA                    Medico in Formazione Specialistica

-----  
NOME COGNOME    Medico Nucleare

-----  
FIRMA                    Medico Nucleare