

RICHIESTA DI PET/TC con 18F-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 (89.03_3) oppure Visita Medico-Nucleare di controllo (89.01_29), PET/TC total body (92.18.7)**

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

2) **TC Total body con m.d.c. (88.01.6_2, 87.41.1_2, 87.03.1_7, 87.03.8_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

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

Per ulteriori informazioni rivolgersi al n. **06.2090.2466**.

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. 196/03.

Data

Firma: _____

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

UATP-URP_ MOD(E)_MPET Rev. 4 del 07/02/2017

RICHIESTA DI PET/TC con 18F-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