

## RICHIESTA DI PET GLOBALE CORPOREA con Fluorocolina

COGNOME

NOME

DATA DI NASCITA

CODICE FISCALE

PROVENIENZA (CITTA', OSPEDALE)

TELEFONO PAZIENTE

MEDICO REFERENTE

TELEFONO

DATI IMPEGNATIVA (dati obbligatori):

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

NUMERO-----

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

QUESITO CLINICO

DATI ANAMNESTICI E LABORATORISTICI

PROSTATECTOMIA  SI (DATA.....)  NO      TURP  SI (DATA.....)  NO

RADIOTERAPIA  SI (DAL.....A.....)  NO

TERAPIA ORMONALE  SI (DAL.....A.....)  NO      **GLEASON SCORE**

TERAPIA ONCOLOGICA  SI (DAL.....A.....)  NO      .....

ULTIMI DUE PSA    1..... DATA.....                    2..... DATA.....

ESAMI STRUMENTALI ESEGUITI (PET-TC, TC, RM)

PESO Kg.....      ALTEZZA cm.....       PAZIENTE NON AUTOSUFFICIENTE

CLAUSTROFOBIA:  SI                     NO                    ANSIETA'  SI                     NO

DATA.....

MEDICO RICHIEDENTE (FIRMA-TIMBRO)

**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, RM O PET-TC) ed IMPEGNATIVE RICHIESTE.**

## **RICHIESTA DI PET GLOBALE CORPOREA con Fluorocolina**

**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