

RICHIESTA DI PET-studio quantitativo/TC cerebrale con 18F-FDG

COGNOME

NOME

DATA DI NASCITA

CODICE FISCALE

PROVENIENZA (CITTA', OSPEDALE)

TELEFONO PAZIENTE

MEDICO REFERENTE

TELEFONO

DATI IMPEGNATIVA (dati obbligatori):

**Prima visita Medico-Nucleare (89.03_3) oppure Visita Medico-Nucleare di controllo (89.01_29),
PET-studio quantitativo/TC cerebrale (92.11.9)**

NUMERO-----

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

DIAGNOSI E QUESITO CLINICO

DATI ANAMNESTICI E LABORATORISTICI

ESAMI DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI ESEGUITI : (specificare data di esecuzione)

PET EFFETTUATE IN PRECEDENZA

TERAPIA NEUROLOGICA IN CORSO

☐ SI

☐ NO

Elencare farmaci

INFORMAZIONI
AGGIUNTIVE

DIABETE: ☐ SI ☐ terapia insulinica-terapia ipoglicemizzante orale ☐ NO

TERAPIA CORTISONICA: ☐ SI ☐ NO

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

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.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) ed IMPEGNATIVE RICHIESTE.

RICHIESTA DI PET-studio quantitativo/TC cerebrale con 18F-FDG

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