

CORPOREA

RICHIESTA DI PET GLOBALE con FDG

COGNOME

NOME

DATA DI NASCITA

CODICE FISCALE

PROVENIENZA (CITTA', OSPEDALE)

TELEFONO PAZIENTE

MEDICO REFERENTE

TELEFONO

DATI IMPEGNATIVA (dati obbligatori):

**Prima visita Medico-Nucleare (89.7B.3_0) oppure Visita Medico-Nucleare di controllo (89.01.A_2),
PET GLOBALE CORPOREA con FDG (92.18.C_0)**

NUMERO-----

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

DIAGNOSI E QUESITO CLINICO

DATI ANAMNESTICI E LABORATORISTICI (MARKERS TUMORALI)

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

PET\TC EFFETTUATE IN PRECEDENZA

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

RADIOTERAPIA SI (DATA.....) NO

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

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. **06.2090.4330**.

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:_____

RICHIESTA DI PET GLOBALE con FDG

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.

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