

## **RICHIESTA DI PET CEREBRALE 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 CEREBRALE con FDG (92.11.6\_0)**

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](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) ed IMPEGNATIVE RICHIESTE.**

## **RICHIESTA DI PET CEREBRALE CON 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