

RICHIESTA DI PET GLOBALE CORPOREA con Fluorocolina Ricerca di Tessuto paratiroideo iperfunzionante

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

TIROIDECTOMIA SI (DATA.....) NO

PARATORMONE (Valore, Data.....)

CALCEMIA (Valore, Data.....)

Terapia Medica per iperparatiroidismo (specificare farmaco) SI(.....) NO

ESAMI STRUMENTALI ESEGUITI e DA PORTARE IN VISIONE (Ecografia, TC, RM, Scintigrafia)

PESO Kg.....

ALTEZZA cm.....

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:_____

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 Ricerca di Tessuto paratiroideo iperfunzionante

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