



Scheda per la richiesta di esame scintigrafico PET-TC
con FDG altro tracciante

Cognome _____ Nome _____ Data di nascita _____

Recapiti telefonici: 1. _____ 2. Cellulare _____

fax _____ e-mail _____

Peso kg Altezza cm Sesso Barellato SI / NO

Esame da eseguirsi in regime: ambulatoriale DH ricoverato

Medico proponente l'esame Ospedale/Univ. Reparto

Tel Fax e-mail

Sintesi Anamnestica

Quesito clinico dettagliato

Esami precedenti rilevanti (sintetizzare esito)

PET data

TAC data

RMN data

NB. Il materiale radiografico ed in particolare esami PET, TAC, RMN dovranno essere disponibili al momento dell'effettuazione dell'esame



Trattamenti specifici

Interventi chirurgici	NO	SI	data
Chemioterapia	NO	SI	data ultimo ciclo.....
Radioterapia	NO	SI	data ultimo ciclo
Terapia radiometabolica	NO	SI	data tipo

Terapia in atto che può influenzare la fissazione FDG :

corticosteroidi, antiepilettici, eritropoietina, fattori di crescita, eparina s.c., iniezioni i.m.

.....

.....

Altre notizie importanti

Diabete	NO	SI	Terapia: insulina ipoglicem. orale ultima glicemia
Insufficienza renale	NO	SI	Azotemia Creatinina
Claustrofobia		NO	SI Note.....
Difficoltà a mantenere la posizione supina		NO	SI
Intolleranza ai m.d.c. iodati /diatesi allergiche		NO	SI specificare tipologia
Presenza di drenaggi, port-cath, cateteri vescicali		NO	SI sede.....
Pace-maker, Protesi metalliche		NO	SI sede e tipo
Infezioni acute o croniche		NO	SI
Asma/BPCO/ernie addominali		NO	SI
Traumi recenti		NO	SI
Emorroidi		NO	SI

NOTE

Data richiesta _____

Data e ora dell'esame verranno comunicate telefonicamente direttamente al paziente

Valutazione per appropriatezza

Dirigente Medico Nucleare